

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P. DE MEDICINA HUMANA

**Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico de las
pacientes atendidas en el Hospital Nacional PNP. "Luis
N. Saenz", Lima 2013**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

AUTOR

Williams Moisés Mercado Medrano

ASESOR

Dr. Walter José Del Carmen Portugal Benavides

Lima – Perú

2014

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo de tesis le agradezco en primer lugar a Dios por bendecirme y por hacer realidad este sueño anhelado.

A mi Familia quienes con su amor y apoyo incondicional me acompañaron en este largo camino, entendiendo mis ausencias y mis malos momentos, para ellos toda mi gratitud.

A la UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS por darme la oportunidad de estudiar y ser una profesional.

Agradezco a mi tutor de tesis, al Dr. Portugal Benavides Walter José del Carmen por su generosidad al brindarme la oportunidad de recurrir a su capacidad y experiencia científica, para la finalización de este trabajo.

A todas aquellas personas que me acompañaron desde el inicio en este largo camino y a las que fueron uniéndose al mismo para hacer realidad mi sueño.

“Les agradezco este triunfo y es para mí la satisfacción de nunca haberme rendido frente a las dificultades y así tener la dicha de haberlo alcanzado”

DEDICATORIA

A Dios por haberme permitido llegar hasta aquí y haberme dado salud para lograr mis metas, además de su infinita bondad y amor.

A mis padres, Luzmila y Marcelo por apoyarme en todo momento para lograr mis metas y haber depositando su entera confianza en cada reto que se me ha presentado sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad.

A mi abuelita Dina, a mis hermanos y amigos que confiaron en que lograría mi meta

ÍNDICE

RESUMEN.....	5
CAPITULO I: INTRODUCCIÓN.....	7
CAPITULO II: PACIENTES Y MÉTODOS.....	17
CAPITULO III: RESULTADOS.....	22
CAPITULO IV: DISCUSIÓN.....	26
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	30
5.1.- CONCLUSIONES.....	30
5.2.- RECOMENDACIONES.....	32
CAPITULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33
CAPITULO VII: ANEXOS.....	39
7.1 FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	40
7.2 FIGURAS.....	43

RESUMEN

Título: Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el Hospital Nacional PNP. "Luis N. Saenz", Lima 2013

Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Nacional PNP. "Luis N. Saenz", Lima 2013

Material y métodos: Estudio de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo de caso y control, se revisaron 40 historias clínicas de pacientes con embarazo ectópico y una muestra comparativa de pacientes con embarazo normal.

Resultados: se encontraron factores de riesgo significativos en función de su intervalo de confianza: tabaquismo (OR:4.2, 95% IC:1.59–11.09); antecedente de embarazo ectópico (OR:14.7, 95% IC:1.80–121.13); aborto espontáneo (OR:4.3, 95% IC:1.69 – 11.06); cirugía abdomino-pélvica (OR: 11, 95% IC:3.29–36.75); ITS (OR: 2.5, 95% IC:1.01–6.19); y no significativos: multiparidad, uso de DIU, anticoncepción previa y más de una pareja sexual

Conclusiones: Las pacientes con antecedente de tabaquismo, ITS, cirugía abdomino pélvica, embarazo ectópico, aborto espontáneo, presentan un riesgo elevado de presentar embarazo ectópico; y aquellas con antecedente de uso de DIU y más de una pareja sexual, tienen un riesgo moderado.

Palabras clave: Embarazo ectópico, factores de riesgo, infecciones de transmisión sexual (ITS), dispositivo intrauterino (DIU)

SUMMARY

Title: Factors of risk associated with pregnancy ectópico of the patients attended in the National Hospital PNP. 'Luis N. Saenz', Lima 2013

Objective: To determine the factors of risk associated with the pregnancy ectópico in patients attended in the National Hospital PNP. 'Luis N. Saenz', Lima2013

Material and methods: Type study observacional, descriptive, retrospective of case and control, 40 patients' case histories were checked with pregnancy ectópico and a comparative patients sample with normal pregnancy. Results: Risk factors were not as per statistics significant, nevertheless the opposing ones were: multiparity (OR: 2.2, 95 % IC:0.86-6.08); nicotinism (OR:4.2, 95 % IC:1.59-11.09); pregnancy precedent ectópico (OR:14.7, 95 % IC:1.80-121.13); miscarriage (OR:4.3, 95 % IC:1.69 – 11.06); abdomino-pelvic surgery (OR: 11, 95 % IC:3.29-36.75); use of DIU (OR: 2.06, 95 % IC:0.77-5.50);ITS(OR:2.5,95%IC:1.01-6.19).

Conclusions: Patients with a history of smoking, ITS, surgery abhor pelvic, ectopic pregnancy, abortion spontaneous, present a high risk of ectopic pregnancy, and with a history of use of IUDS, previous contraception and more than one sexual partner, have a moderate risk. There were however statistically significant risk factors, those found were

Key words: I embarrass ectópico, factors of risk, infections of sexual transmission (ITS), intrauterine device (DIU)

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico se define como, la implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina (5). Es una de las causas más importantes de abdomen agudo en obstetricia y a pesar del progreso en los métodos diagnósticos y terapéuticos, el embarazo ectópico sigue representando a nivel mundial, un problema de morbilidad y mortalidad materna en el primer trimestre del embarazo (6).

El embarazo ectópico fue reconocido por primera vez en 1963 por Buseire durante el examen del cuerpo de una prisionera ejecutada en París. Gilfor, de Inglaterra, hizo un informe más completo en 1731 cuando describió la condición de un óvulo fertilizado implantado fuera de la cavidad uterina (35).

El embarazo ectópico ocurre en el 1% de los embarazos y si bien la incidencia aumentó en las últimas dos décadas, la mortalidad disminuyó, probablemente debido al avance de los métodos de diagnóstico. (1)

El embarazo ectópico constituye una verdadera emergencia médica, ya que puede evolucionar hacia la rotura tubárica, pues la trompa es la localización más frecuente, provocando un hemorragia interna de tal magnitud que puede llevar a la mujer a la muerte, pero de no morir, el daño para la trompa puede ser perecedero y limitar la vida reproductiva de la mujer. (2)

Se considera que esta afección adquiere gran importancia, ya que mundialmente "hasta el 2004, al embarazo ectópico, se debe entre el 5 y el 12 % de las muertes maternas, lo que constituye un problema no resuelto" y así lo destacan la OMS y la UNICEF (4)

Hay un aumento importante del embarazo ectópico en los últimos 30 años no sólo en nuestro país sino en el mundo, convirtiéndose éste fenómeno en un problema de salud sexual y reproductiva (1)

En el norte europeo la incidencia entre 1976 y 1993 incrementó desde 11,2 a 18,8 por 1 000 embarazos (51).

Representa actualmente el 2 % de todos los embarazos en los Estados Unidos de Norteamérica, donde hubo un incremento de 5 veces la incidencia en las últimas dos décadas (42). En las mujeres de Estados Unidos de Norteamérica que presentan complicaciones letales a causa de una gestación ectópica, la muerte es el resultado de una hemorragia en el 85 % de los casos (13,14). Además, el pronóstico para la reproducción futura es malo; solo la mitad de las mujeres serán madres de un recién nacido vivo.

En Cuba, las cifras de muerte materna que existían en la década 1950, se han reducido en un 78,3 %, comparada con el año 2004(8). En Cuba del 2000 al 2003, la razón de muerte materna por esta afección, se comportó aproximadamente en 40 por 100 000 nacidos vivos, constituyendo el embarazo ectópico la principal causa. Esta frecuencia en Cuba, se elevó del 2001 hasta el 2003 (8)

La incidencia en Lima Perú, del embarazo ectópico varía de acuerdo a los centros, así tenemos: 1 por cada 767 en el Hospital San Bartolomé, 1 por cada 303 en el Hospital Edgardo Rebagliati (43), 1 por cada 156 embarazos en el Hospital María Auxiliadora (44), uno por cada 129 en el Hospital Cayetano Heredia (45), en el Hospital Hipólito Unanue 1/130, en el Hospital Arzobispo Loayza 1/75 y en el Instituto Materno Perinatal 1/303 embarazos (12, 29).

Son múltiples los factores relacionados al embarazo ectópico y la prevalencia de tales factores está en aumento, lo que constituye en parte a una mayor frecuencia de la patología (3). La frecuencia de embarazo ectópico se correlaciona con historia de enfermedad de transmisión sexual, embarazo ectópico, cirugía tubárica, mujeres adultas y tabaco (3).

Un estudio de casos y controles multinacional realizado por la Organización Mundial de la Salud en 1985, donde el antecedente de enfermedad pélvica

inflamatoria o infección de transmisión sexual tuvo un riesgo relativo de 2,8 y el antecedente de un embarazo ectópico previo un riesgo relativo de 7,0 (29). Estudios en grandes grupos de pacientes realizados en Francia (14) han demostrado como principales factores de riesgo a la enfermedad inflamatoria pelviana previa con un Odds ratio de 3,4 y el fumar más de 20 cigarrillos al día versus pacientes que nunca han fumado con un Odds ratio de 3,9 veces más riesgo de embarazo ectópico. Los otros factores de riesgo fueron edad, aborto espontáneo previo, antecedente de infertilidad y uso previo de dispositivo intrauterino (14).

Dart et al. (17) en un estudio observacional prospectivo encontraron que la palpación de una masa anexial correspondía con mayor frecuencia a un quiste del cuerpo lúteo asociado con un embarazo normal. El dolor pelviano significativo es poco sensible también en ausencia de ruptura tubárica, y la falta de dolor puede llevar a conclusiones erróneas. En un estudio de revisión de 5 años realizado a 98 mujeres que fueron operadas por embarazo ectópico, Aboud (22) encontró que los principales síntomas hallados eran dolor abdominal (97%), seguido por sangrado por vía vaginal (79%), con los hallazgos físicos más frecuentes: sensibilidad abdominal (91%) y masa anexial dolorosa (54%).

Latchaw (41) en un estudio descriptivo en la Universidad de Miami /Jackson Memorial Hospital con el objetivo de identificar los factores que conducen a la rotura del embarazo ectópico encontraron que hubo un 59% de casos con rotura. La regresión logística multivariante reveló que la historia de un embarazo ectópico previo (OR 2.88; IC 95%: 1.92 - 4.33) y el nivel de β -hCG $\geq 5,000$ mIU/ml (OR 1.85; IC 95%: 1.12 - 3.06) fueron los únicos factores de riesgo significativos para rotura tubárica.

La localización más común de un embarazo ectópico es en la trompa de Falopio, otros sitios menos comunes incluyen el abdomen, ovario, cérvix, y la porción intersticial de la trompa de Falopio (15).

La implantación en la ampolla uterina ocurre en un 79,6 % de los embarazos ectópicos tubáricos, el 12,3 % ocurre en el istmo, el 6,2 % en las fimbrias y el 1,9 % restante en la región intersticial. La anidación ectópica fuera de las trompas es rara, sólo el 1,4 % de los embarazos ectópicos son abdominales, el 0,15 % son ováricos y el 0,15 % son cervicales (16). En raras ocasiones pueden coexistir un embarazo intrauterino y extrauterino (embarazo heterotópico) cuya incidencia varía entre 1:21000 a 1:30000 (17). En embarazos desarrollados mediante fertilización *in vitro*, la incidencia reportada de embarazo ectópico ha sido hasta de un 3 % (19).

La causa más importante es el daño estructural de la trompa a nivel endotelial, producido por un proceso inflamatorio cuya causa es infecciosa: por microorganismos de transmisión sexual o por infecciones de órganos adyacentes como apendicitis, peritonitis o tuberculosis. Se llega a comprometer toda la estructura de la trompa hasta la serosa, obstruyéndola parcial o totalmente, con invasión de fibroblastos y formación de adherencias a estructuras vecinas; generalmente esta alteración estructural es bilateral y de diferente magnitud entre ambas trompas (20).

Tradicionalmente, el diagnóstico de embarazo ectópico se ha realizado sobre la base de signos clínicos y síntomas físicos. La triada clásica de un episodio de hemorragia genital, dolor abdominal y masa palpable sugiere un embarazo ectópico. Sin embargo, esta triada sólo está presente en el 45 % de los pacientes (22).

La hemorragia por vía vaginal ocurre porque la implantación extrauterina no produce cantidades suficientes de gonadotropina coriónica para mantener la función normal del cuerpo lúteo y la elaboración de progesterona. Los niveles

bajos de progesterona llevan a la involución de la decidua uterina y aparece la hemorragia. El dolor abdominal es el resultado del aborto tubárico o de la ruptura tubárica evidente. Si una mujer con una prueba de embarazo positiva desarrolla abdomen agudo e hipovolemia, el diagnóstico de embarazo ectópico roto parece obvio y puede requerirse una laparotomía exploradora (22).

Los pacientes típicamente se presentan hacia las 5 a 6 semanas de edad gestacional. Sin embargo, debido a que los datos de la fecha menstrual no son con frecuencia fidedignos, una edad gestacional estimada por la última regla, no debería influir en la diligencia que cada uno debe tener frente a un embarazo ectópico (23).

El médico no puede diagnosticar con seguridad ni excluir el embarazo sobre la base exclusiva de la historia clínica y del examen físico, por lo cual estos se deben evaluar en combinación con la ecografía transvaginal y parámetros bioquímicos (11). La anamnesis de un embarazo ectópico muchas veces es bien característica y está relacionada a lo que va ocurriendo en la trompa a medida que la gestación va creciendo. Por la distensión progresiva de esta víscera hueca, la paciente comienza a experimentar dolor de tipo cólico en la fosa ilíaca del mismo lado, el cual se va intensificando a medida que va creciendo el saco y el trofoblasto (25).

Al examen físico hay dolor intenso a la movilización cervical y uterina por el contacto de la sangre, que es irritante, con los medios de fijación y el peritoneo del piso pelviano. Además, la movilización de estas estructuras se encuentra disminuida porque tanto el útero como los anexos están sumergidos en un líquido de alta densidad como lo es la sangre. Por la presencia de una cantidad moderada de sangre en la pelvis, los fondos de saco se encuentran algo acortados y dolorosos a la palpación, especialmente el posterior (24).

En revisiones que se han hecho buscando el mejor algoritmo para diagnosticar embarazo ectópico, se ha demostrado que el mejor método es la ecografía transvaginal asociado a mediciones de BHCG, dado que con ambos métodos la probabilidad de no diagnosticar un embarazo ectópico es de cero. (28).

Los niveles de progesterona bajo un punto de corte de 5 ng/ml pueden servir para diagnosticar un embarazo normotópico de mal pronóstico o un embarazo ectópico en pacientes con útero sin saco y subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana < 3000 mIU/ml. Este método tiene una sensibilidad de 85% para ambos tipos de embarazo, pero la especificidad para el ectópico es baja, es decir, que a veces, estando sobre ese nivel no discrimina bien y no permite descartar un embarazo ectópico. (27).

Existen múltiples factores que aumentan la probabilidad de tener un embarazo ectópico, pero es importante tener en cuenta que los embarazos ectópicos también pueden presentarse en las mujeres sin ninguno de estos factores de riesgo (30).

Cualquier alteración de la arquitectura normal de las trompas de Falopio puede ser un factor de riesgo para un embarazo tubárico o embarazo ectópico en otros lugares (26).

Según Pisarka et al. (10) los factores de riesgo para embarazo ectópico se dividen según el riesgo en alto, moderado o bajo:

Los factores de riesgo alto:

Patología tubárica: La principal causa de embarazo ectópico es la alteración de la anatomía normal de la trompa por factores como la infección, cirugía,

anomalías congénitas, o tumores, que pueden ocasionar deterioro funcional de la actividad ciliar dañada (17).

Embarazo ectópico previo: Las mujeres con tratamiento conservador por un embarazo ectópico previo tienen mayor riesgo (15%) de recurrencia, que se relaciona tanto con la alteración tubárica subyacente que llevó al embarazo ectópico inicial y a la opción del procedimiento terapéutico (29).

Cirugía tubárica: La asociación entre cirugía reconstructiva tubárica y embarazo ectópico subsiguiente depende de la condición de la trompa, el tipo de cirugía, y la especialización del cirujano. La cirugía per se no es la principal causa de embarazo ectópico; pero sí las lesiones tubáricas subyacentes, resultados de una enfermedad inflamatoria pélvica o un embarazo ectópico previos (31).

Exposición in útero al dietilestilbestrol (DES): Las mujeres con una historia de exposición in útero al DES tienen un riesgo 5 veces mayor de embarazo ectópico debido a la morfología anormal de la trompa y posiblemente, a la alteración de la función fimbria (30).

Los factores de riesgo moderados:

Infecciones genitales previas: La infección pelviana (salpingitis inespecífica, clamidiasis y gonorrea) especialmente recurrente, es una causa importante de patología tubárica y por consiguiente, de embarazo ectópico (31). Dentro de las infecciones de transmisión sexual, la causa más frecuente de la salpingitis es la infección por *Chlamydia trachomatis* la cual invade y se desarrolla en general en forma asintomática. El riesgo va aumentando mientras mayor sea el número de episodios de infección, duplicándose cuando existe 3 o más infecciones previas (3). Un estudio realizado con 11,000 mujeres en Wisconsin reportó Odds ratio para embarazo ectópico de 2,1 y 4,5, después del segundo y tercer episodio de infección por *chlamydia*; respectivamente (32).

Infertilidad: El embarazo ectópico es más frecuente en las mujeres infértiles, lo que refleja la mayor anormalidad tubárica en este grupo de mujeres. Se ha postulado una asociación entre inductores de ovulación y embarazo ectópico, lo que puede relacionarse a la función tubárica alterada secundaria a la fluctuación hormonal. La toma de citrato de clomifeno duplica el riesgo de embarazo ectópico (33) y el tratamiento con gonadotropinas incrementa la incidencia de embarazo ectópico (34, 35).

Promiscuidad sexual: El número de compañeros sexuales mayor a uno se asocia con un riesgo moderado de embarazo ectópico, lo que se relaciona con un mayor riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica (30).

Los factores de riesgo bajo:

Tabaquismo: El fumar en el período preconcepcional aumenta el riesgo de embarazo ectópico de una manera dosis-dependiente (61), lo que sería resultado de la inmunidad dañada en las fumadoras, predisponiéndolas así a la enfermedad inflamatoria pelviana o al deterioro en la motilidad de la trompa.

Duchas vaginales: Su uso regular se asocia con un riesgo aumentado de enfermedad inflamatoria pélvica y embarazo ectópico (36).

Edad: El inicio temprano de la actividad sexual (menos de 18 años) aumenta ligeramente el riesgo de embarazo ectópico. Sin embargo; también hay una proporción creciente de embarazo ectópico en mujeres mayores de 35 años quienes tienen ocho veces más de riesgo que los grupos etáreos más jóvenes, lo que reflejaría que el riesgo acumulativo aumenta con el tiempo (37, 38).

Fertilización in vitro: La fertilización in vitro está asociada con una mayor incidencia de embarazo ectópico y parece estar relacionada al factor tubario de infertilidad (39). En casos de transferencia embrionaria, asociado a

mayores grados de dificultad, puede haber una mayor incidencia de embarazo ectópico y rotura de trompa por colocación del blastocisto en la pared de la trompa. Cerca de un 7% de los embarazos ectópico en pacientes sometidas a fertilización in vitro tienen un embarazo heterotópico (22).

Esterilización tubaria: El porcentaje de embarazo durante el primer año después de la esterilización tubaria es del 0,1 - 0,8%; siendo la tercera parte de ellos ectópicos (40). Los principales resultados adicionales de este análisis fueron que el riesgo de embarazo ectópico es mayor en mujeres esterilizadas antes de los 30 años de edad, la coagulación bipolar tiene mayor probabilidad de resultar en embarazo ectópico que la salpingectomía parcial postparto, lo que puede ser debido a la formación de fístulas en el segmento coagulado de la trompa (21).

Dispositivos intrauterinos: La mayoría de los métodos anticonceptivos reducen el riesgo de embarazo ectópico previniendo la ovulación o la concepción. Por el contrario, las mujeres que se embarazan mientras usan dispositivos intrauterinos anticoncepcionales (DIU), sobre todo los que liberan progestágenos tienen mayor riesgo de embarazo ectópico (40). Esto quizás debido a que su acción se limita a un efecto local en el endometrio. Se observa una menor proporción de embarazo ectópico con el DIU de cobre (0,20 por 1000 mujer-años) (42).

Para lograr disminuir su morbilidad y mortalidad, es preciso un diagnóstico oportuno y precoz, esto dependerá de una adecuada educación de la población sobre sus principales aspectos clínicos, los mismos que deben ir en conjunto con un sistema de salud eficiente, el mismo que se inicia desde el nivel primario de salud hasta el hospitalario.

En nuestro país, el embarazo ectópico es de igual manera un problema de salud, el mismo que va en gran aumento debido a diversas causas.

Motivados por el incremento del embarazo ectópico en nuestro medio según las referencias citadas anteriormente, se realizó el presente trabajo, con el interés de buscar los factores de riesgo asociados a esta afección

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Nacional PNP. "Luis N. Saenz", Lima 2013?

1.2 HIPÓTESIS

No aplicable para el tipo de estudio por ser descriptivo (9)

1.3 OBJETIVOS

1.3.1.- OBJETIVO GENERAL:

Determinar los factores de riesgo asociados al embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el Hospital Nacional PNP. "Luis N. Saenz" Lima Perú durante el período comprendido entre el 01 Enero al 31 de Diciembre de 2013

1.3.2.- OBJETIVO ESPECIFICOS:

Determinar el grado de asociación de los factores de riesgo con el embarazo ectópico

Determinar los Odds Ratio de los factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Nacional PNP. "Luis N. Saenz", durante el período comprendido entre el 01 Enero al 31 de Diciembre de 2013

CAPÍTULO II

2.1.- TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación fue de tipo descriptivo, comparativo, retrospectivo de casos y controles. Fue descriptivo en la medida que se identificaron y caracterizaron las variables, comparativo porque se compararon los factores de riesgo asociados en los 2 grupos los “casos” y los “controles” (9) y es un estudio retrospectivo ya que el tiempo en que se recoge y analiza la información es en el presente, pero con datos del pasado (9)

2.3.- UNIVERSO

Todas las pacientes gestantes atendidas en el Hospital Nacional PNP. "Luis N. Saenz" durante el período comprendido entre Enero-Diciembre del 2013

2.4.- MUESTRA DEL ESTUDIO

Pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico que fueron atendidas en Hospital Nacional PNP. "Luis N. Saenz" durante el período comprendido entre enero-diciembre del 2013 y una muestra comparativa de pacientes con embarazo normal atendidas durante el mismo período seleccionadas mediante un muestreo probabilístico aleatorio simple.

2.5.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN

CASOS:

Pacientes atendidas con diagnóstico de embarazo ectópico en el Hospital Nacional PNP. “Luis N. Saenz” durante el período 2013, teniendo como

criterios diagnósticos el examen clínico, ecografía, valor de BhCG, para la identificación de pacientes con embarazo ectópico en el mencionado hospital.

Historia clínica accesible e información requerida completa.

CONTROLES:

Pacientes gestantes sin diagnóstico de embarazo ectópico en el mismo período de tiempo.

Historia clínica accesible e información requerida completa

2.6.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

CASOS:

Historia clínica de la paciente con diagnóstico de embarazo ectópico que no sea accesible o esté incompletas.

CONTROLES

Gestación gemelar para los controles

Mujeres con enfermedades mórbidas como neoplasias en tratamiento, DM tipo II no controlada, etc.

Adolescentes

Historia clínica no disponible y / o con información requerida incompleta.

2.7.- DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

2.7.1.- VARIABLE INDEPENDIENTE

1. Edad
2. Estado civil
3. Paridad
4. Grado de instrucción
5. N° de parejas sexuales
6. Tabaquismo
7. Embarazo ectópico previo
8. Historia de aborto espontáneo
9. Antecedente de ETS
10. Antecedente de cirugía abdomino-pélvica
11. Antecedente de uso de dispositivo intrauterino (DIU)

12. Anticoncepción previa
13. Historia de infertilidad femenina
14. Valor de la primera determinación de la gonadotropina coriónica humana sub- unidad beta (beta- hCG)

2.7.2.- VARIABLE DEPENDIENTE

- Embarazo ectópico

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES					
VARIABLE	TIPO	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR	CRITERIO DE MEDICION	FUENTE
Estado civil	Cualitativa	Nominal	Frecuencia Porcentaje	Soltera, Casada, Conviviente, Divorciada	Ficha de recolección de datos
Edad	Cuantitativa	De razón	Promedio Desviación estándar	11 a 49 años	
Edad gestacional	Cuantitativa	De razón	Promedio Desviación estándar	5 – 14 semanas	
Grado de instrucción	Cualitativa	Ordinal	Frecuencia Porcentaje	Primaria Secundaria Superior	
Paridad	Cualitativa	Nominal	Frecuencia Porcentaje	Nulípara, Primípara, Multigesta	
Tabaquismo	Cualitativa	Nominal	Frecuencia Porcentaje	Sí o No	
Embarazo ectópico previo	Cualitativa	Nominal	Frecuencia Porcentaje	Sí o No	
Antecedente de aborto espontaneo	Cualitativa	Nominal	Frecuencia Porcentaje	Sí o No	
Antecedente de cirugía abdominopélvica	Cualitativa	Nominal	Frecuencia Porcentaje	Sí o No	
Antecedente de uso de DIU	Cualitativa	Nominal	Frecuencia Porcentaje	Sí o No	
Anticoncepción previa	Cualitativa	Nominal	Frecuencia Porcentaje	Sí o No	
Historia de	Cualitativa	Nominal	Frecuencia	Sí o No	

infertilidad			Porcentaje		
Antecedente de ETS	Cualitativa	Nominal	Frecuencia Porcentaje	Sí o No	
Valor de la primera determinación de la beta-hCG	Cuantitativa	Ordinal	Promedio Desviación estándar	< 5 mUI/mL 5-999 1000–4999 ≥5000	

2.8.- RECOLECCIÓN DE DATOS

2.8.1.- TÉCNICA

Para la realización del presente trabajo de investigación se procedió de la siguiente manera:

Con la autorización del Jefe de Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional PNP. "Luis N. Saenz", se procedió a la búsqueda de historias clínicas de aquellas pacientes que ingresaron durante el periodo de estudio, utilizando para esto el libro de hospitalización, con lo que se logró seleccionar a los pacientes (casos y controles) según los criterios de inclusión.

Teniendo una lista detallada de las historias clínicas, se solicitó también permiso y autorización del jefe de la Unidad de Archivo de historias clínicas del Hospital Nacional PNP. "Luis N. Saenz", para la búsqueda de las historias clínicas y así obtener los datos para la ficha respectiva

La información fue recolectada en función de las variables de estudio, en fichas estructuradas precodificadas destinadas a la obtención de datos de acuerdo a los objetivos del estudio. El llenado de fichas fue realizado por el mismo investigador.

La recolección de datos se planificó de la siguiente manera:

Se solicitó la autorización del departamento de Ginecología y Obstetricia de la institución donde se realizó el estudio

Se solicitó autorización del jefe de la Unidad de Archivo de historias clínicas del Hospital Nacional PNP. "Luis N. Saenz", para el acceso de las historias. La duración de la recolección de la información para cada historia fue de 10 a 20 minutos aproximadamente.

La recolección de la información se llevó a cabo durante los meses de Noviembre a Diciembre al 2013.

2.8.2.- INSTRUMENTO

Toda la información obtenida en base a las variables planteadas fue recopilada en una Ficha de recolección de Datos de elaboración propia (Ver anexo 1).

2.9.- PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos obtenidos durante la investigación, por medio de la ficha de recolección de datos, se ordenaron y procesaron en una computadora personal, valiéndonos de los programas SPSS (Statistical Product and Service Solutions) para Windows Versión 20.

Para el análisis descriptivo se expresó en distribución de frecuencias, medidas de tendencia central y variabilidad. Para el análisis se planteó primero ver la relación entre las variables de estudio y la presencia de embarazo ectópico a través de la prueba Chi cuadrado, para luego determinar el riesgo de cada variable sobre la base del cálculo del Odds ratio. Se consideró un intervalo de confianza al 95% y el respectivo criterio de significancia (valor de $p < 0.05$) como estadísticamente significativo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

No se trabajó directamente con pacientes para la realización del estudio, por lo que no se consideró el uso del consentimiento informado; sin embargo, se hará uso de la información retrospectiva de historias clínicas, todo ello bajo la coordinación de la Jefatura del Departamento de Ginecología y Obstetricia y la Jefatura de la Unidad de Archivo de historias clínicas del Hospital Nacional PNP. "Luis N. Saenz", así como garantizar de la confidencialidad de los datos y registros.

CAPITULO III

RESULTADOS

Para el estudio se incluyeron las historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico, que totalizaron 40 y una muestra comparativa de pacientes de embarazo normal atendidas durante el mismo periodo seleccionadas aleatoriamente hasta completar el tamaño de la muestra requerida.

La edad de ambos grupos tuvo una media de 30.26 con una desviación estándar (DE) de 6.31 (ver anexo, figura 1), para los casos de 30.43 con una DE de 6.46 (ver anexo, figura 2) mientras que para los controles de 30.1 con una DE de 6.23 (ver anexo, figura 3).

Tabla 1. Distribución de pacientes por grupo etáreo en el Hospital Nacional PNP. "Luis N. Saenz" Enero-Diciembre del 2013

EDAD DE PACIENTES GRUPO ETÁREO	EMBARAZO ECTOPICO		Total
	SI	NO	
MENORES DE 20	3(7.5%)	3 (7.5%)	6(7.5%)
20-24	5(12,5%)	6(15%)	11 (13.8%)
25-29	10(25%)	11(27.5%)	21(26.2%)
30-34	9(22.5%)	7(17.5%)	16(20%)

35-39	13(32,5%)	13(32,5%)	26(32,5%)
Total	40(100%)	40(100%)	80(100%)

Fuente: Historias Clínicas

El mayor número de casos de embarazo ectópico fueron entre los 35-39 (32,%) años para ambos grupos

Tabla 2. Distribución del número de gestas por grupo en el Hospital Nacional PNP. "Luis N. Saenz" Enero-Diciembre del 2013

GESTACION DE PACIENTE	EMBARAZO ECTOPICO		Total
	SI	NO	
NULIPARA	6(15,0%)	1(2,5%)	7(8,8%)
PRIMIPARA	3(7,5%)	15(37,5%)	18(22,5%)
MULTIPARA	31(77,5%)	24(60,0%)	55(68,8%)
Total	40(100%)	40(100%)	80(100%)

Fuente: Historias Clínicas

El 77,5% de los casos de embarazo ectópico, fueron multiparas, seguido de un 15% representado por nulíparas

Sobre localización de los embarazos ectópicos, 23 (57,5%) fueron tubaricos y 17 (42,5%) ováricos. Se presentaron con un tiempo de amenorrea de 1-3 semanas (10%), de 4-6 semanas 23 (57,5 %), de 7-9 semanas, 9 (22,5%); con más de 10 semanas, 4(10 %) (Figura 6). En cuanto a los factores de riesgo (tabla 3) : 55 (68,8%) de pacientes presentaron multiparidad, 31 (77,5%) en el grupo de pacientes con embarazo ectópico y 24 (60 %) en los controles (figura 7); 31 (38.8%) tuvieron tabaquismo, 22 (55%) en el grupo de pacientes con embarazo ectópico, 9 (22,5%) en los controles (figura 8); 12 (15%) tenían antecedente de embarazo ectópico, 11 (27.5%) en el grupo de pacientes con embarazo ectópico y 1 (2.5%) en los controles (figura 9); 26 (32.5%) presentan antecedente de cirugía abdomino pélvica, 22 (55%) en el grupo de pacientes con embarazo ectópico y 4 (10%) en los controles (figura

10); 24 (30%) presentan antecedente de uso de DIU, 15 (37,5%) en el grupo de pacientes con embarazo ectópico y 9 (22.5%) en los controles (figura 11); 43 (53.8%) presentan antecedente de ITS, 26 (65%) en el grupo de pacientes con embarazo ectópico y 17 (42.5%) en los controles (figura 12); 42 (52.5%) presentan antecedente de aborto espontaneo, 28 (70%) en el grupo de pacientes con embarazo ectópico y 14 (35%) en los controles (figura 13); 54 (68.4%%) presentan antecedente de anticoncepción previa, 30 (76.9%) en el grupo de pacientes con embarazo ectópico y 24 (60%) en los controles (figura 14); 38 (47.5%) presentan antecedente de haber tenido más de una pareja, 22 (55%) en el grupo de pacientes con embarazo ectópico y 16 (40%) en los controles (figura 15). Ninguna paciente reporto antecedente de infertilidad.

Tabla 3. Factores de riesgo para embarazo ectópico en el Hospital Nacional PNP. "Luis N. Saenz" Enero-Diciembre del 2013

FACTORES DE RIESGO	CASOS (%) (40)	CONTROLES (%) (40)	TOTAL (%) (80)
Multiparidad	31 (77,5%)	24 (60 %)	55 (68,8%)
Tabaquismo	22 (55%)	9 (22,5%)	31 (38.8%)
Antecedente de embarazo ectópico	11 (27.5%)	1 (2.5%)	12 (15%)
Antecedente de cirugía abdomino-pelvica	22 (55%)	4 (10%)	26 (32.5%)
Antecedente de uso de DIU	15 (37,5%)	9 (22.5%)	24 (30%)
antecedente de infertilidad	0	0	0
Antecedente de ETS	26 (65%)	17 (42.5%)	43 (53.8%)
Antecedente de aborto espontaneo	28 (70%)	14 (35%)	42 (52.5%)
antecedente de anticoncepción	30 (76.9%)	24 (60%)	54 (68.4%)
Antecedente de más de una pareja	22 (55%)	16 (40%)	38 (47.5%)

Para el cálculo del riesgo de embarazo ectópico se calcula el odds ratio (OR) de cada uno de los factores de riesgo. El factor de riesgo multiparidad arrojo un OR de 2.2 (IC al 95% de 0.86 – 6.08); el factor tabaquismo arrojo un OR

de 4.2 (IC al 95% de 1.59 – 11.09); el factor antecedente de embarazo ectópico arrojó un OR de 14.7 (IC al 95% de 1.80 – 121.13); el factor antecedente de cirugía abdomino pélvica arrojó un OR de 11 (IC al 95% de 3.29 – 36.75); el factor antecedente de uso de DIU arrojó un OR de 2.06 (IC al 95% de 0.77 – 5.50); el factor antecedente de ITS arrojó un OR de 2.5 (IC al 95% de 1.01 – 6.19); el factor antecedente de anticoncepción previa arrojó un OR de 2.2 (IC al 95% de 0.86 – 6.08); el factor antecedente de tener más de una pareja arrojó un OR de 1.8 (IC al 95% de 0.75 – 4.45); el factor aborto espontáneo arrojó un OR de 4.3 (IC al 95% de 1.69 – 11.06).

Tabla 4. Cálculo de riesgo para el desarrollo de embarazo ectópico en el Hospital Nacional PNP. "Luis N. Saenz" Enero-Diciembre del 2013

FACTORES DE RIESGO	OR	IC (95%)	P
Multiparidad	2.2	0.86 – 6.08	NS
Tabaquismo	4.2	1.59 – 11.09	0.003
Antecedente de embarazo ectópico	14.7	1.80 – 121.13	0.002
Antecedente de cirugía abdomino-pélvica	11	3.29 – 36.75	0.001
Antecedente de uso de DIU	2.06	0.77 – 5.50	NS
Antecedente de ITS	2.5	1.01 – 6.19	0.044
Antecedente de aborto espontáneo	4.3	1.69 – 11.06	0.002
antecedente de anticoncepción previa	2.2	0.86 – 6.08	NS
Antecedente de más de una pareja	1.8	0.75 – 4.45	NS

OR: Odds Ratio

IC: Intervalo de Confianza; NS: No significativo

De todos los factores de riesgo se pueden considerar significativos en función de su intervalo de confianza al tabaquismo, antecedente de embarazo ectópico previo, antecedente de cirugía abdomino-pélvica, antecedente de ITS, de aborto espontáneo.

En función de los valores de OR obtenidos en el estudio se puede afirmar que las pacientes con antecedente de tabaquismo, antecedente de ITS,

cirugía abomino pélvica, embarazo ectópico previo, de aborto espontaneo previo, presentan un riesgo elevado de presentar embarazo ectópico, mientras que aquellas con antecedente de uso de DIU, anticoncepción previa y más de una pareja sexual, tenían un riesgo moderado de desarrollar embarazo ectópico.

CAPITULO IV

DISCUSIÓN

Se encontró 40 embarazos ectópicos; de un total de 1557, lo que hace una frecuencia de 2.5 por 100 gestaciones; no hubo mortalidad.

En el presente estudio no se encontró que los factores sociodemográficos (edad, grado de instrucción y estado civil) sean factores de riesgo para embarazo ectópico.

La mayor frecuencia de embarazo ectópico, ocurrió en el grupo de edades comprendidas entre 35-39 años; la edad ha sido ampliamente identificada como un factor de riesgo en embarazo ectópico, sin embargo los estudios han brindado resultados contradictorios (47). Algunos autores (48) postulan que es imposible que la alta exposición a la mayoría de factores de riesgo en mujeres mayores sea la responsable del alto riesgo de embarazo ectópico. Los cambios relacionados con la edad en la función tubarica pueden retrasar el transporte de los óvulos y así resultar en una implantación tubarica, pero esto todavía no está probada (49)

El tiempo de amenorrea en el cual se presentaron la mayor cantidad de embarazos ectópicos fue entre 4y 7 semanas con un 57.5%, semejante al trabajo realizad por Luglio Villanueva y cols. (2002) donde la edad gestacional que predomino fue entre 6 y 8 semanas (59).

El 57,5% de los embarazos ectópicos en este trabajo fueron localizados en la trompa de Falopio, y un 42.5% fueron ováricos; iguales resultados fueron los obtenidos por Luglio Villanueva y cols. (2002), Diamantino Viegas (2003) y Zighelboim y cols. (2006) en sus estudios respectivos (59).

Las pacientes multíparas tienen mayor riesgo embarazo ectópico, se encontró 31 (77.5%) pacientes, que coincide con el trabajo realizado por García F. el cual encontró 43 casos (42.15%) de 102 pacientes. Esto probablemente debido a antecedentes de aborto y legrado uterino (50) y que al realizar un raspado o aspiración de la cavidad uterina, los cambios inflamatorios locales que se producen a este nivel, ya sea por acción física o por colonización de gérmenes sobre el endometrio, esta infección puede propagarse y ascender a la trompa y producir cambios anatomo-fisiológicos a nivel de la misma con la consiguiente enfermedad pélvica inflamatoria, infertilidad y en el futuro un embarazo ectópico (50).

La importancia de los factores infecciosos en el embarazo ectópico ha sido bien documentada (51). En Suecia, la disminución de las tasas por chlamydia atribuida a las políticas de prevención, han sido acompañadas de una disminución en el riesgo de embarazo ectópico (52). Hay otras variables sugerentes de una probabilidad a la exposición de ITS (edad de primera presentación y número de parejas sexuales) fueron asociadas con riesgo de embarazo ectópico en análisis univariados. Sin embargo, esta asociación no fue significativa luego del ajuste para el diagnóstico previo de ITS. Esto indica que ambos factores no son factores de riesgo per se y que son buenos marcadores de exposición a ITS. El presente estudio se confirmó que aquellas pacientes con historias de ITS tenían un riesgo incrementado de presentar embarazo ectópico (52).

El presente estudio confirmó la asociación entre embarazo ectópico y tabaquismo. El tabaquismo puede reducir la motilidad tubarica y la nicotina

tiene un efecto adverso en la motilidad ciliar. La nicotina también ha mostrado retrasar la entrada del ovulo al útero así como la formación del blastocito y su implantación (70). Además el tabaquismo puede reducir la inmunidad celular y humoral y de esta manera causar un incremento en la frecuencia de las infecciones tubaricas y la enfermedad pélvica inflamatoria (56). Aunque la magnitud del efecto del tabaco en el embarazo ectópico es pobremente apreciado a veces, es interesante notar el paralelismo entre el tabaquismo y los factores infecciosos. Por lo tanto el tabaquismo es un factor de riesgo que es casi tan importante como los infecciosos.

En el presente estudio se encontró una asociación entre el aborto espontáneos previo y el embarazo ectópico, al hacer el análisis de pacientes con el número de abortos en los pacientes con embarazo ectópico y en el grupo control se encontró que había diferencias significativas entre los dos grupos, presentando el primero mayor número de abortos previos que el segundo. Para el antecedente de aborto varios estudios han encontrado un riesgo incrementado especialmente en mujeres con tres o más abortos espontáneos previos (57), considerando que los abortos espontáneos pueden tener un efecto causal, posiblemente mediado por la infección (58). Sin embargo, puede también haber factores de riesgo comunes para el embarazo ectópico y los abortos espontáneos, tales como anomalías cromosómicas o factores hormonales. Contradictoriamente, varios estudios no muestran asociación significativa entre el aborto espontaneo y el embarazo ectópico, con ORs entre 0.63 y 1.5 (59)

En relación al antecedente de embarazo ectópico, los resultados del presente estudio muestran una fuerte relación entre embarazo ectópico previo y embarazo ectópico, algo que está de acuerdo a lo reportado por otros estudios, los cuales han demostrado un elevado riesgo, entre 7 a 9 veces, de embarazo ectópico entre mujeres con una historia previa de embarazo

ectópico (70). Una mujer con una trompa de Falopio dañada o cualquier factor intrínseco que la haya llevado a un embarazo ectópico previo, tiene una alta tendencia a presentar un nuevo embarazo ectópico.

Se demostró que en las pacientes con antecedentes de cirugía abdominal o pélvica existe asociación con la presencia de embarazo ectópico, se encontró 22 (55 %) pacientes, OR de 11 (IC al 95% de 3.29 – 36.75), lo cual coincide con el estudio realizado por Urrutia S. (53) el cual encontró que un antecedente de cirugía abdominal O.R: 3.5, I.C: 1.31-9.46 y antecedente de cirugía pélvica O.R: 13.82, I.C: 2.7-131.4 hecho que no concuerda con el estudio de Seifer (54) el cual no halló asociación entre la cirugía no tubaria y embarazo ectópico.

El uso de DIU ha sido considerado como un factor de riesgo para embarazo ectópico, que concuerda con el estudio realizado. Los DIU por tratarse de un cuerpo extraño colocado en la cavidad uterina, produce una reacción inflamatoria a nivel local en el endometrio constituyendo un obstáculo que se opone al transporte del huevo y a la nidación en el útero sin impedir la ovulación y la fecundación, pudiendo llevar a la nidación ectópica (71).

El DIU no previene la ovulación y es más efectivo en la prevención de embarazo intrauterino que el extrauterino. Es por esto que algunos consideran que las mujeres usuarias de DIU tienen más riesgo de embarazo ectópico que aquellas que no lo usan. Mol (55) en un meta-análisis encuentra que las mujeres que se embarazan mientras usan un DIU tienen un riesgo elevado de embarazo ectópico, adicionalmente Bouyer reporta que el uso de DIU por si mismo puede tener un rol etiológico en el embarazo ectópico (72)

En nuestro estudio no se encontraron pacientes con embarazo ectópico con el antecedente de tratamiento de infertilidad.

El embarazo ectópico se ha convertido en un problema de salud pública. La comprensión de los factores de riesgo pueden ayudar a la identificación rápida de este y su diagnóstico, el cual permitirá un adecuado tratamiento y una reducción de la necesidad de cirugía.

Este estudio ha encontrado que las ITS son un factor de riesgo para embarazo ectópico, además de otros factores como el tabaquismo, el antecedente de cirugía abdomino-pélvica, antecedente de aborto espontáneo y antecedente de embarazo ectópico.

CAPITULO V

5.1 CONCLUSIONES

Sobre el embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el Hospital Nacional PNP. "Luis N. Saenz" durante el período 2013, influyen los mismos factores de riesgo que se han descrito a nivel mundial.

El embarazo ectópico se presentó con mayor frecuencia en mujeres con edad promedio de 30.1 con una DE de 6.32, perteneciendo la mayor parte de ellas a los grupos etáreos comprendido entre 35-39 años, grado de instrucción secundaria, multíparas.

Las pacientes multíparas tienen mayor riesgo de embarazo ectópico en comparación a pacientes nulíparas.

Las pacientes con antecedente de tabaquismo, antecedente de ITS, cirugía abdomino pélvica, embarazo ectópico previo, de aborto espontáneo previo, presentan un riesgo elevado de presentar embarazo ectópico, mientras que aquellas con antecedente de uso de DIU, anticoncepción previa y más de una pareja sexual, tenían un riesgo moderado de desarrollar embarazo

ectópico. No se encontró pacientes con el antecedente de tratamiento de infertilidad.

El perfil clínico epidemiológico de los pacientes con embarazo ectópico en el Hospital Nacional PNP. "Luis N. Saenz" durante el período 2013, fue de una paciente de 30 años en promedio, cuyo antecedente de tabaquismo, cirugía abdomino-pelvica, ITS, aborto espontaneo o antecedente de embarazo ectópico las pudo haber predispuesto a presentar embarazo ectópico.

El presente trabajo es un paso importante en el estudio del embarazo ectópico como problema de salud en nuestro medio, ya que esta entidad afecta a toda mujer en edad fértil. Esto nos permitirá tener una idea más profunda y exacta de dicho problema en la salud; disminuyendo de dicha forma, el riesgo de morbi-mortalidad materna en nuestra sociedad.

Con los resultados de esta investigación se puede fomentar salud, proporcionar un mejor conocimiento de la enfermedad y contribuir a un mejor manejo de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico.

5.2 RECOMENDACIONES

1. Elaborar esquemas de evaluación de los factores de riesgo para embarazo ectópico basados en las características de nuestra población, para ser utilizados en la consulta preconcepcional.
2. Incidir en programas de información, educación sexual y comunicación dirigida a la sociedad en general, para así disminuir factores de riesgo para embarazo ectópico.
3. Crear en los centros de salud una consulta de orientación a las pacientes que incluya educación sexual, planificación familiar, higiene ginecológica, como parte fundamental de cualquier programa de salud.
4. Concientizar a la población en general sobre los riesgos de adquirir esta patología y sobre el riesgo que representan las enfermedades de transmisión sexual, como una de las principales causas de esta complicación ginecológica.
5. Detección de enfermedades de transmisión sexual y manejo precoz de estas, además de fomentar una salud sexual y reproductiva saludable y responsable.

CAPÍTULO VI

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Balestena Sánchez JM, Rodríguez A, Reguera Cabrera: Factores epidemiológicos del embarazo ectópico. Rev. Cubana Obstet Ginecol 2002 Sep.-dic. 28
2. Bakken IJ. Chlamydia trachomatis Infectio and the Risk for Ectopy Pregnancy. Sex Transm Dis 2007;34:6
3. Hillis S. et al. Recurrent Chlamydia infections increase the risk of hospitalization for ectopic pregnancy and pelvic inflammatory disease. Am J Obstet Gynecol 2007; 176:103-7. .
4. Benson R.: Embarazo extrauterino (Embarazo Ectópico) En: Diagnóstico y tratamiento Gineco-Obstétrico. 4 ED. México, DF: El Manual Moderno, 1986:707-16.
5. Decherney A., Nathan L. Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment. Novena Edición. New York. Lange Medical Books/McGraw-Hill; 2003.

6. Chow W, Daling JR, Cates W, Greenberg RS. Epidemiology of ectopic pregnancy. *Epidemiol Rev.* 2007; 9:70-94.
7. Bakken IJ, Skjeldestad FR, Nordbo SA. Chlamydia Trachomatis Infections Increase the Risk for Ectopic Pregnancy: A Population-Based, Nested Case-Control Study. *Sex Transm Dis* 2006
8. Cabezas Cruz E. Evolucion de la mortalidad materna en cuba . *rev Cubana Sal Publ.* 2006 [17 de mayo 2008]; 32
9. Hernandez Sampieri, Roberto, Fernandez Collado, Carlos y Baptista L.P (2008). Metodología de la investigación. Madrid: Mc Graw-Hill: 122
10. Pisarka M., Carson S. Incidence and Risk Factors for Ectopic Pregnancy. *Clinical Obstetrics & Gynecology. Ectopic Pregnancy.* 2009; 42(1):2-8.
11. Berek, J.; Adashi, E.; Hillard, P. Tratado de Ginecología de Novak. Decimotercera edición. Interamericana Mc Graw Hill. México: 490 - 94. 1999.
12. Carvallo, F.; Pacheco, J.; Tanaka R.; Palomino C. Embarazo ectópico: Experiencia en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins. *Acta Médica Peruana* 11: 43 - 48.1984.
13. Benrubi G. Urgencias Obstétricas y Ginecológicas. Segunda Edición. Madrid. .Marban Libros S. L.; 2003.
14. Cruz Pacheco, Guillermo de la (2002). Incidencia y perfil obstétrico y quirúrgico de pacientes con embarazo ectópico en el Instituto Materno Perinatal, enero - diciembre 2001. Trabajo De Investigación. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
15. Kalbermatter D. (2007), Prevalencia de embarazo ectópico en el servicio de ginecología del hospital "Ramón Madariaga" de posada. *Revista de Posgrado* N°167.
- 16 Breen JL. A 21 year survey of 654 ectopic pregnancies. *Am J Obstet Gynecol.* 1970; 106:1004.
17. DeVoe RW, Pratt JH. Simultaneous intra- and extrauterine pregnancy. *J Obstet Gynecol.* 1948;56: 119

18. Richards SR, Stempel LE, Carlton BD. Heterotopic pregnancy: reappraisal of incidence. *Am J Obstet Gynecol.* 2002; 142:928–30.
19. Abusheikha N, Salha O, Brinsden P. Extra-uterine pregnancy following assisted conception treatment. *Human Reproduction Update* 2000; 6:80-92.
20. Marana R. et al. Prognostic role of laparoscopic salpingoscopy of the only remaining tube after contralateral ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 2005; 63:303-6.
21. Strandell A., Thorburn J., Hamberger L. Risk factors for ectopic pregnancy in assisted reproduction. *Fertil Steril* 2009; 71:282-6.
22. Aboud E. A five-year review of ectopic pregnancy. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2007; 24:127–129.
23. Vandana D., Deborah L. Ectopic Pregnancy: A Review. *Ultrasound Quarterly* 2004;20:105–117
24. Robson SJ.,O'Shea RT. Undiagnosed ectopic pregnancy: a retrospective analysis of 31 “missed” ectopic pregnancies at a teaching hospital. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2006; 36:182-5.
25. Gracia C; Barnhart K. Diagnosing ectopic pregnancy: decision analysis comparing six strategies. *Obstet and Gynecol* 2001; 97:464-70.
26. Dart R., Chaplain B, Varaklis K. Predictive value of history and physical examination in patients with suspected ectopic pregnancy. *Ann Emerg Med* 2009;33:283
27. Ramanujan D, Dart L. Progesterone as a predictor of ectopic pregnancy when the ultrasound is indeterminate. *Am J Emerg Med.* 2002; 20:579-9.
28. Robert W, Sheperd MD, Phillip E, Patton MD.: Serial b-HCG measurements in the early detection of ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol* 1990; 75: 417-19.
29. Coste J, Job-Spira N, Fernandez H, Papiernik E, Spira A. Risk factors for ectopic pregnancy: a case control study in France, with special focus on infectious factors. *Am J Epidemiol* 2002; 135:587-9.

30. Marchbanks PA, Annegers JF, Coulam CB, Strathy JH, Kurland LT. Risk factors for ectopic pregnancy. A population-based study. *JAMA* 2008; 259:1823-7.
31. Clayton HB, Schieve LA, Peterson HB, et L. Ectopic Pregnancy Risk With Assisted Reproductive Technology Procedures. *Obstet Gynecol* 2006;107(3):595-604
32. Anorlu RI, Oluwole A, Abudu OO, Adebajo S. Risk factors for ectopic pregnancy in Lagos, Nigeria. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005; 84:184-8.
33. Pérez Peña, Efraín. Atención Integral de la Infertilidad. México D.F. Mc Graw-Hill Interamericana; 2003.
34. Scout James, Ronald Gibas, Beth Parlan, Arthur Haney. Danforth's Obstetrics and Gynecology. Novena Edición. Lippincott Williams & Wilkins Publisher. 2003.
35. Bunyavejchevin S, Havanond P, Wisawasukmongehol W. Risk factors of ectopic pregnancy. *J Med Assoc Thai* 2003; 86(2):417-21.
36. Ankum WM, Mol BW, Van der Veen F, Bossoyt P. Risk factors for ectopic pregnancy: a meta-analysis. *Fertil Steril* 2006; 65:1093-9.
37. Nordenskjold F, Ahlgren M. Risk factors in ectopic pregnancy. Results of a population-based case-control study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 70:575-9.
38. Tharaux-Deneux C, Bouyer J, Job-Spira N, Coste J, Spira A. Risk of Ectopic Pregnancy and Previous Induced Abortion. *Am J Public Health* 2008; 88:401-405.
39. Shah N, Khan N. Ectopic pregnancy: presentation and risk factors. *J Coll Physicians Surg Pak* 2005;15:535-8
40. Onah HE, Oguanuo TC, Mgbor SO. An evaluation of the shock index in predicting ruptured ectopic pregnancy. *J Obstet Gynaecol* 2006; 26:445-7.

41. Latchaw G, Takacs P, Gaitan L, Geren S, Burzawa J. Risk factors associated with the rupture of tubal ectopic pregnancy. *Gynecol Obstet Invest* 2005; 60:177-80.
42. Berlingieri P, Bogdanskiene G, Grudzinskas JG. Rupture of tubal pregnancy in the Vilnius population. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2007; 13:85-8.
43. CDC. Current Trends Ectopic Pregnancy -- United States, 1990-1992. *Morb Mortal Wkly Rep CDC Surveillance Summary* 1995; 44:46-48.
44. De La Cruz G. Incidencia y perfil obstétrico y quirúrgico de pacientes con embarazo ectópico en el Instituto Materno Perinatal Enero – Diciembre 2001. Tesis de Especialista en Ginecología y Obstetricia. UNMSM. Lima. 2002.
45. Bustinza S. Embarazo ectópico en el Hospital “María Auxiliadora”: 1988 – 1993. Tesis Bachiller. Lima.
46. Chávez M. Embarazo Ectópico. Tesis de Bachiller N° 3946, UPCH. Lima. 1986
47. Egger M, Low N, Smith GD, Lindblom B, Herrmann B, Screening for chlamydial infections and the risk of ectopic pregnancy in a county in Sweden: ecological analysis. *Bmj* 1998;316: 1776-1780
48. Thorburn J, Philipson M, Lindblom B. Background factors of ectopic pregnancy. H. Risk estimation by means of a logistic model. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1986; 23:333-340
49. Yeko T, Handler A. The effect of aging on tubal function and ectopic pregnancy semin *Reprod Endocrinol* 1991; 9:215-220
50. Requena, G.; Small, M.; Martínez, F. et. al. Incidencia y características epidemiológicas del embarazo ectópico en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. En. Libro de resúmenes de Temas Libres del XIV Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología: 25 - 26. Lima. Julio 2002.
51. Westrom L. Influence of sexually transmitted diseases on sterility and ectopic pregnancy. *Acta Eur Fertil* 1985;16:21-24

52. Ankum WM, Mol BW, Van der Veen F, Bossuyt PM. Risk factors for ectopic pregnancy: a meta-analysis, *Fertil Steril* 1996;65:1093-1099
53. Urrutia MT, Poupin LB, Alarcón PA., Rodríguez MC, Stiven LR. Embarazo Ectópico: Factores de riesgo y características clínicas de la enfermedad en un grupo de mujeres chilenas. *Rev. Chil Obstet Ginecol* 2007; 72(3): 154-159
54. Seifer DB, et Cols. Reproductive potential after treatment for persistent ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 1994, 62:194-6.
55. Mol BW, Ankum WM, Bossuyt PM, Van der Veen F. Contraception and the Risk of Ectopic Pregnancy: A Meta-Analysis 1995;52:337-341
56. Bouyer J, Coste J, Shojaei T, et al. Risk factors for ectopic pregnancy; a comprehensive analysis base don a large case-control, population-based study in France. *Am J Epidemiol* 2003;157:185-194.
57. Doyle MB, DeCherney AH, Diamond MP. Epidemiology and etiology of ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1991;18:1-17.
58. Ankum WM, Mol BW, Van der Veen F, Bossuyt PM. Risk factors for ectopic pregnancy: a meta-analysis, *Fertil Steril* 1996;65:1093-1099
59. Lugio Villanueva J. et al. Características clínicas y patológicas del embarazo ectópico. Lima, Perú 1998-2002, 351:1115-1120
70. DeWitt C., Abbot J. Interstitial pregnancy: a potential for misdiagnosis of ectopic pregnancy with emergency departament ultrasonography. *Ann Emerg Med* 2002;40:106-9.
71. Doyle MB, DeCherney AH, Diamond MP. Epidemiology and etiology of ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1991;18:1-17.
72. Bouyer J, Job-Spira N, Pouly JL, et al. [Fertility after ectopic pregnancy. Results of the first three years of the Auvergne Registry]. *Contracept Fertil Sex* 1996;24:475-481

ANEXOS

7.1 FICHA TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA N°... H.C. N°.....

I.- FILIACION:

Nombre:.....

Edad:.....años.

II.- EMBARAZO ECTÓPICO: SI () NO ()

Hallazgos ecográficos:

Tamaño de la masa anexial/embarazo ectópico.....cm

Actividad cardiaca embrionaria.....

Localización del embarazo ectópico:

1) Tubárico () 2) Ovárico () 3) Cervical () 4) Abdominal ()

Necesidad de cirugía: 1) Si 2) No

III.- FACTORES DE RIESGO:

1) Edad gestacional: **Semanas.**

2) Paridad:

a. Nulípara

b. Primipara

c. Multipara

3) Estado civil:

a. Soltera

b. Casada

c. Divorciada

4) Grado de instrucción:

a. Primaria

b. Secundaria

c. Superior

5) No parejas sexuales

a) 1

b) mayor de 1

6) Tabaquismo:

- a. Sí
- b. No

7) Embarazo ectópico previo:

- a. Sí
- b. No

8) Historia de aborto espontaneo:

- a. Sí
- b. No

9) Antecedente de cirugía abdomino-pélvica

- a. Sí
- b. No

10) Antecedente de uso DIU:

- a. Sí
- b. No

11) Anticoncepción previa

- a. Sí
- b. No

12) Antecedente ETS

- a) Si
- b) No

13) Historia de infertilidad femenina

- a. Sí
- b. No

14) Valor de la primera determinación de la beta-hCG

- a. < 5 mUI/mL
- b. 5 – 999 mUI/mL
- c. 1000 – 4999 mUI/mL
- d. ≥ 5000 mUI/mL

CUADRO COMPARATIVO DE DIAGNOSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO

H.C	CLÍNICO	BhCG	ECOGRÁFICO	INTRAOPERATORI A	ANATOMÍA PATOLOGICA
409000	Tiempo de amenorrea 6.5 sem Dolor abdominal en fosa iliaca derecha Sangrado vaginal	5-999 mUI/	Se evidencia masa mixta compleja en zona paraovarica derecha de 68x81	Ovario derecho seroso necrótico de 3x3cm, sangrado de 2 litros	Restos ovulares con áreas de hemorragias
611663	Tiempo de amenorrea 6 sem Dolor abdominal en FID, sangrado vag	1000-4999	Trompa derecha: imagen de componente mixto heterogéneo de 77x57 mm	Trompa derecha con presencia de dilatación y sangrado por fimbria	Restos compatibles con saco gestacional
468503	Tiempo de amenorrea 8 sem Dolor abdominal en FII, sangrado vaginal, masa palpable al TV	1000-499	Ovario izquierdo: presencia de masa heterogenica irregular de 35x44 mm y muy doloroso a la eco presión	trompa izquierda estallada en sus 2/3 externos, congestiva en 1/3 proximal y masa en tercio externo de 4 cm	Trompa con proceso infiltrativo inespecífico, vellosidades coriales
578623	Tiempo de amenorrea 6 sem Dolor abdominal tipo cólico, no sangrado vaginal	1000-4999	Trompa izquierda: se observa imagen anecogenica ovoide, con halo que correspondería a un saco gestacional de 30x29mm	Trompa izquierda masa de 3x2 congestiva	Tejido con restos ovulares y reacción decidual
575057	Tiempo de amenorrea 8 sem Mareos nauseas, Dolor abdominal en FID	5-999 mUI/	Trompa derecho: masa heterogenea de 40x36mm	Trompa derecha: masa de 6x5 cm	Tejido con vellosidades coriales.
603692	Tiempo de amenorrea 7.5 sem Dolor abdominal en FID, sangrado vaginal, nauseas vómitos	50000	Ovario derecho: imagen quística hiperecogenica de 25.5x11.5 mm	Ovario derecho congestivo necrótico de aproximadamente 4x3 cm, dehiscencia de saco conteniendo embarazo ectópico	Embarazo ectópico del ovario, cuerpo amarillo, salpingitis crónica severa.
489887	Tiempo de amenorrea 7 sem Dolor en FII, no sangrado vaginal	5000	trompa izquierdo: imagen heterogenea de 46.1x39 en cuyo interior imagen sacular de 9.1mm	Trompa izquierda con embarazo ectópico tubarico de 4x4cm	Tejido con presencia de vellosidades coriales
380765	Tiempo de amenorrea 6 sem Nauseas, vómitos, dolor abdominal en flanco derecho, no sangrado vaginal	1000-4999	Ovario derecho: se visualiza complejo anexial de 54x40 mm con saco gestacional de 20 mm	Ovario derecho seroso de 5x4cm, sangrado 500 ml	Embarazo ectópico del ovario derecho roto.
451425	Tiempo de amenorrea 5 sem Leve dolor abdominal tipo cólico, nauseas	5-999 mUI/	Ovario derecho: imagen heterogenea de 39x35 mm en su interior embrión de 15mm	Ovario derecho masa de 3x3cm	Tejido ovárico con estos ovulares

413958	Tiempo de amenorrea 7 sem Nauseas, dolor en FII, no sangrado vag.	5-999 mUI/	Ovario izquierdo: imagen heterogenica de 63x52mm	Ovario izquierdo masa serosa de 5x5cm	Tejido ovárico con restos ovulares, decidua
604397	Tiempo de amenorrea 6 sem Nauseas, dolor difuso en hipogastrio	5-999 mUI/	Trompa derecha: imagen de 25x30 mm	No necesidad de cirugía	No reporte
587300	Tiempo de amenorrea 7 sem Sangrado vaginal, dolor abdominal en FID	5-999 mUI/	Trompa derecha: imagen anecogenica de 45x30 mm	Trompa derecha estallada en su tercio medio y proximal, averiada en toda su extensión	Trompa con vellosidades coriales, restos ovulares.
598398	Tiempo de amenorrea 5 sem Dolor abdominal en FII, no sangrado vaginal	1000-4999	Trompa izquierda: imagen ecogenica de 47x43mm se visualiza polo embrionario	Trompa izquierda con masa de 4x4cm ovarios sin alteraciones, trompa derecha sin alteraciones	Muestra tubarica con vellosidades coriales
581026	Tiempo de amenorrea 3 sem Dolor abdominal tipo cólico en FID	5-999 mUI/	Ovario derecho: imagen anecogenica de 14x11mm	No necesidad de cirugía	No reporte
551472	Tiempo de amenorrea 7 sem Dolor abdominal en FID, nauseas, no sangrado vaginal	1000-4999	Trompa derecha: imagen compatible con saco gestacional de 15x13mm , en su interior embrión 5mm	Trompa derecha: Masa anexial de 5x4cm en tercio medio distal de trompa derecha	masa blanco amarillenta, donde reposa el embrión y restos embrionarios rodeados por decidua
510996	Tiempo de amenorrea 7 sem Dolor abdominal difuso, no sangrado vaginal	1000-4999	Ovario izquierdo: masa heterogenea de 30x48 mm, liquido libre presente	ovario izquierdo: aumento de tamaño de 3x 4 cm evidencia gestación ectópica.	Restos ovulares, decidua con extensas áreas de hemorragias.
517472	Tiempo de amenorrea 6 sem Nauseas, vómitos, dolor abdominal tipo cólico	1000-4999	Trompa izquierda: imagen de 53x21 mm	Trompa izquierda rota de 6x5 cm, plastronada, regular cantidad de coágulos sanguíneos	trompa dilatada, hematosálpinx, presencia de vellosidades coriales
409528	Tiempo de amenorrea 3 sem Dolor abdominal tipo cólico en hipogastrio	1000-4999	Ovario izquierdo: masa de 30x23mm	No necesidad de cirugía	No reporte
492825	Tiempo de amenorrea 6.6 sem Dolor abdominal en FII, sangrado vaginal	5-999 mUI/	Trompa izquierda: imagen de saco embrionario de 39.9 mm, con embrión en su interior	Trompa izquierda: presencia de saco gestacional con solución de continuidad en dicha trompa.	Restos ovulares con extensas áreas hemorrágicas

491392	Tiempo de amenorrea 4 sem Dolor abdominal, nauseas y vómitos	5-999 mUI/	Trompa izquierda: imagen compatible con pseudo saco de 10x5mm, rodeado de halo hiperecogenico	Trompa izquierda: tumoración de 3x2cm, congestivo	Restos tubaricos con vellosidades coriales, restos ovulares
555874	Tiempo de amenorrea 5.5 sem Dolor abdominal en FID, no sangrado vaginal	1000-4999	Ovario derecho: imagen econegetiva de 27x16mm	ovario derecho aumentado de tamaño masas de 3x2 cm	Parénquima ovárico ,vellosidad corial
483383	Tiempo de amenorrea 3 sem Nauseas, vómitos, dolor en hipogastrio	1000-4999	Trompa derecha: imagen econegetiva de 15x20mm	No necesidad de cirugía	No reporte
460246	Tiempo de amenorrea 10 sem Dolor abdominal en FII, nauseas, vómitos, sangrado vaginal	5-999 mUI/	Trompa izquierda imagen heterogenea de 60x55 mm, líquido en saco presente.	trompa izquierda: Multiples adherencias colonicas, epiploicas, sangrante, aumento de volumen endurecida	Trompa dilatada, presencia de vellosidades coriales y existencia de restos coriales
452744	Tiempo de amenorrea 7.2 sem Dolor abdominal en FII, no sangrado vaginal	1000-4999	Trompa izquierda: imagen econegetiva de 33x22mm	Masa de 3x2cm en trompa izquierda, síndrome adherencial moderado	Tejido tubarico y vellosidades coriales en su interior
307341	Tiempo de amenorrea 7 sem Dolor abdominal difuso	1000-4999	Trompa derecha: imagen ecogenica de 30x35mm	No necesidad de cirugía	No reporte
575051	Tiempo de amenorrea 9 sem Dolor abdominal en FID, no sangrado	5-999 mUI/	Trompa derecha: imagen ecomixta de 42x27 mm Fodo de saco libre	Trompa derecha con presencia de dilatación de 4x3 cm	Tejido tubarico con existencia de restos coriales
546037	Tiempo de amenorrea 5 sem Dolor abdominal en FII, sangrado vaginal	5-999 mUI/	Trompa izquierda: imagen econegetiva de 12x9mm, correspondiente a saco gestacional, conteniendo un embrión sin actividad cardiaca.	trompa izquierda estallada en sus 1/3 externos y presencia de masa en tercio externo de 2 cm	Restos ovulares como reacción decidual con extensas áreas hemorrágicas, y confirma el embarazo ectópico roto
611277	Tiempo de amenorrea 6 sem Dolor abdominal difuso, no sangrado vaginal	5-999 mUI/	Ovario derecha: imagen ovoide de 40x36mm	Ovario derecho seroso necrótico de 4x3cm	Tejido con muestra vellosidades coriales, edema en su estroma.
520587	Tiempo de amenorrea 4 sem Dolor abdominal difuso, no sangrado	1000-4999	Trompa derecha: imagen anecogenica de 10x5mm compatible con saco gestaonal	Trompa derecha: presencia de saco gestacional , ovario y trompa izquierda	Tejido con proceso infiltrativo, restos ovulares.

	vaginal			normal.	
578325	Tiempo de amenorrea 2 sem Dolor abdominal difuso tipo cólico	1000-4999	Trompa derecha: imagen anecogenica de 18x25 mm	No necesidad de cirugía	No reporte
604258	Tiempo de amenorrea 6 sem Dolor abdominal difuso , no sangrado vaginal , nauseas	5-999 mUI/	Trompa derecha: imagen anecogenica de 14.7x8 mm, se visualiza imagen de 2mm	Trompa derecha aumentada de tamaño de 6x7 cm ovarios normales	Tejido con vellosidades coriales en su interior
527118	Tiempo de amenorrea 8 sem Nauseas, dolor en hipogastrio	5-999 mUI/	Trompa derecha: masa anecogenica de 50x56mm	Trompa derecha aumentada de tamaño de 5x4 cm fimbrias sangrantes	trompa dilatada, existencia de restos coriales
470651	Tiempo de amenorrea 6 sem Nauseas, vómitos, dolor abdominal difuso , no sangrado	1000-4999	Ovario izquierdo: imagen ovoidea y paredes ecogenicas en relación a saco gestacional de 12 mm y embrión de 8.8 mm	Ovario izquierdo roto, masa de 3x2 cm, sangrado de 1 litro	Restos compatibles con tejido ovárico , en saco gestacional
469232	Tiempo de amenorrea 5 sem Dolor abdominal en FII, sangrado vaginal	5-999 mUI/	Trompa izquierda: imagen compatible con saco de 55x40mm, rodeado de halo hiperecogenico	Trompa uterina izquierda rota en su tercio externo, por embarazo ectopico	Trompa con proceso infiltrativo, restos ovulares.
467184	Tiempo de amenorrea 8 sem Dolor abdominal en hipogastrio, no sangrado vaginal	5-999 mUI/	Ovario izquierdo: presenta tumoración de 67x60mm ovoide irregular de aspecto heterogeneo	Ovario izquierdo tumoración de 8cm, observándose tejido trofoblástico.	ovario con masa hemorrágica, vellosidades coriales
602118	Tiempo de amenorrea 4.8 sem Dolor abdominal difuso en hipogastrio	1000-4999	Ovario derecho: masa heterogenea de 36x37mm	No necesidad de cirugía	No reporte
485697	Tiempo de amenorrea 6 sem Dolor abdominal en hipogastrio, sangrado vaginal	5-999 mUI/	Trompa izquierda: imagen que correspondria a saco gestacional de 11mm con presencia de vesícula vitelina de 2mm	Trompa izquierda con tumoración por ectópico de 3x3cm, eclosionando con sangrado activo	trompa rojiza, con hemorragia y vellosidades coriales en su interior
520208	Tiempo de amenorrea 4 sem Nauseas, vómitos, dolor en hipogastrio	5-999 mUI/	Trompa izquierda: imagen econegetiva de 33x32mm	trompa izquierda: masa congestiva de 3x2cm, ovario derecho normal	Restos de tejido tubarico con restos ovulares
601938	amenorrea de 4 sem Nauseas, dolor abdominal difuso	1000-4999	Trompa derecha: se imagen econegetiva de 23x19.8mm	No necesidad de cirugía	No reporte
172834	Tiempo de amenorrea 10 sem Dolor abdominal en FII, sangrado vaginal, fiebre	1000-4999	Trompa izquierda : se observa saco gestacional de 13mm, en cuyo interior se observa embrión de 9 mm	Trompa derecha aumentada de tamaño, en tercio medio,zona necrótica y fimbrias sangrantes	Restos tubarico con proceso infiltrativo, restos ovulares

7.2 FIGURAS

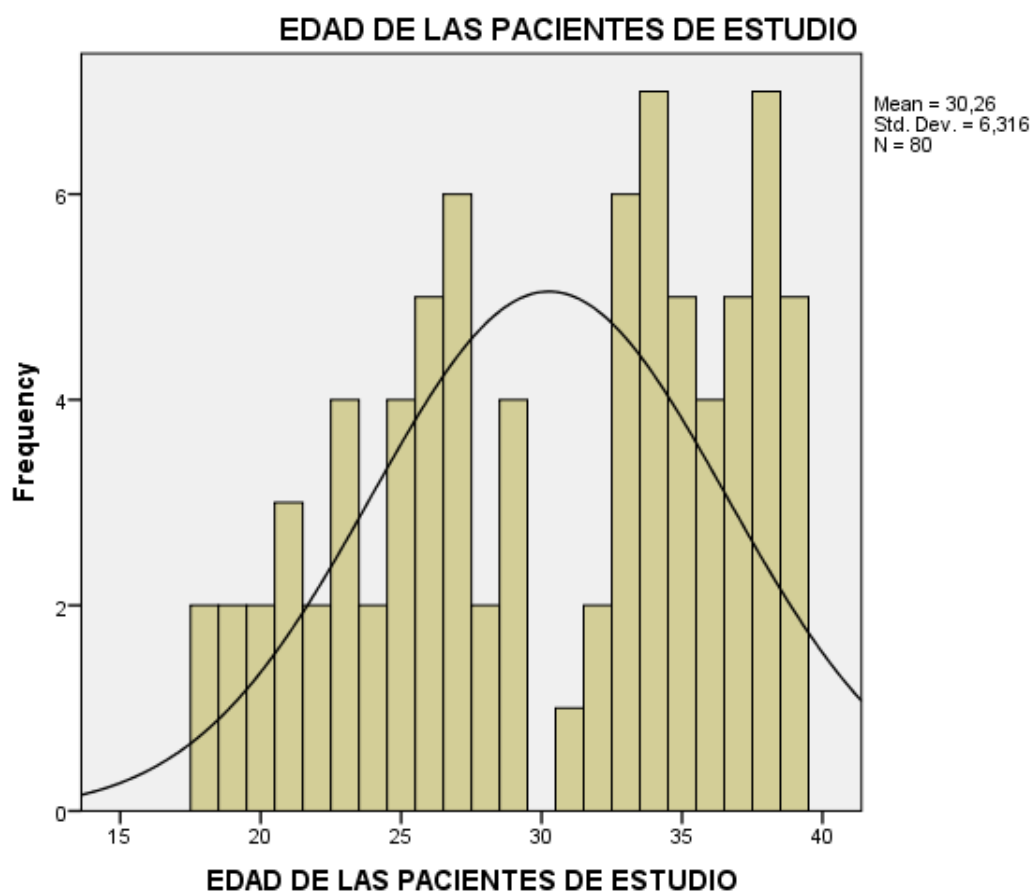
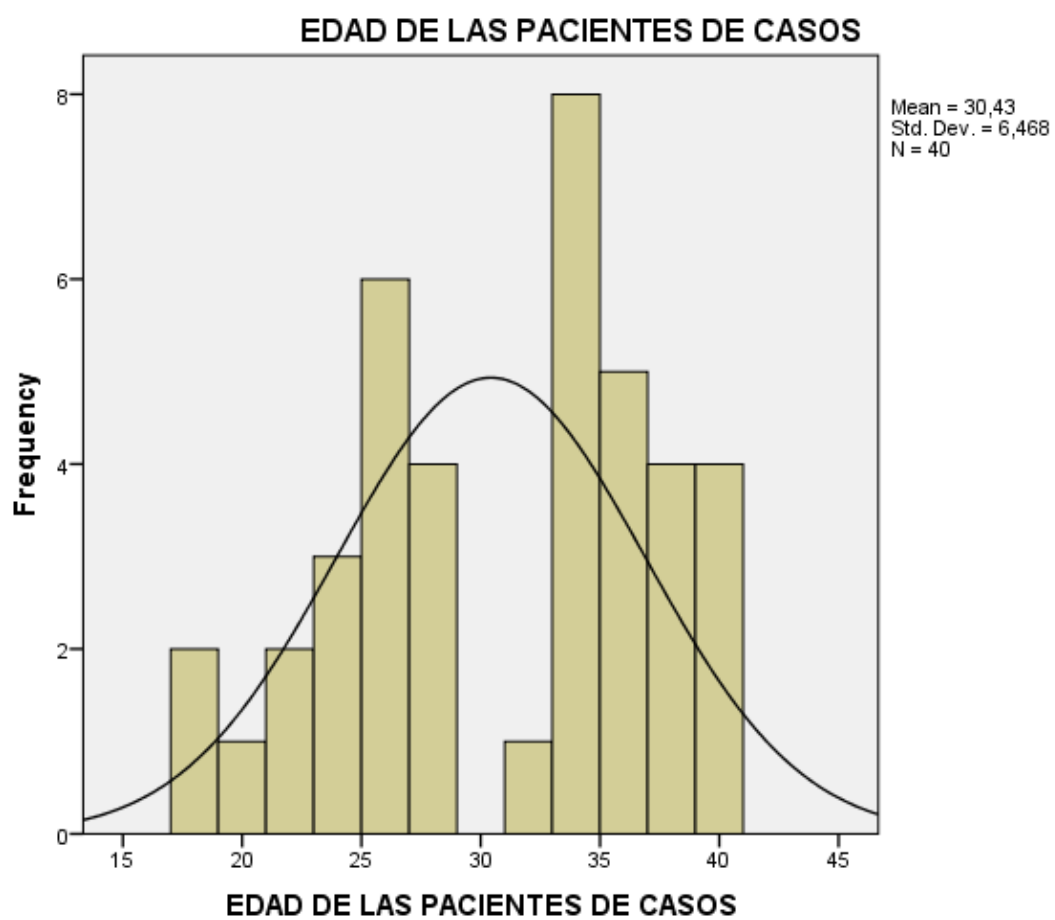


Figura 1. Histograma de edades de pacientes del estudio. Hospital Nacional PNP. "Luis N. Saenz" Enero-Diciembre del 2013



**Figura 2. Histograma de edades de pacientes con diagnostico de embarazo ectópico. Hospital Nacional PNP. "Luis N. Saenz"
Enero-Diciembre del 2013**

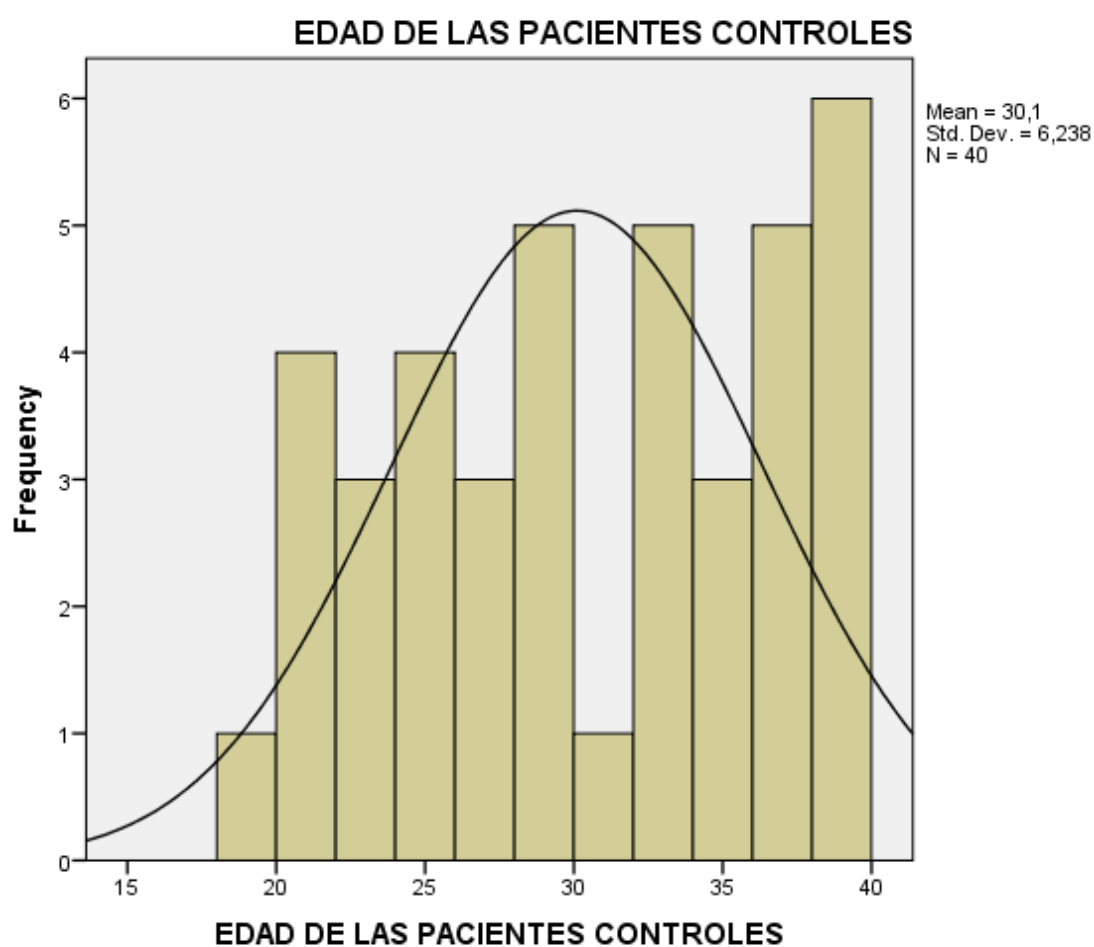
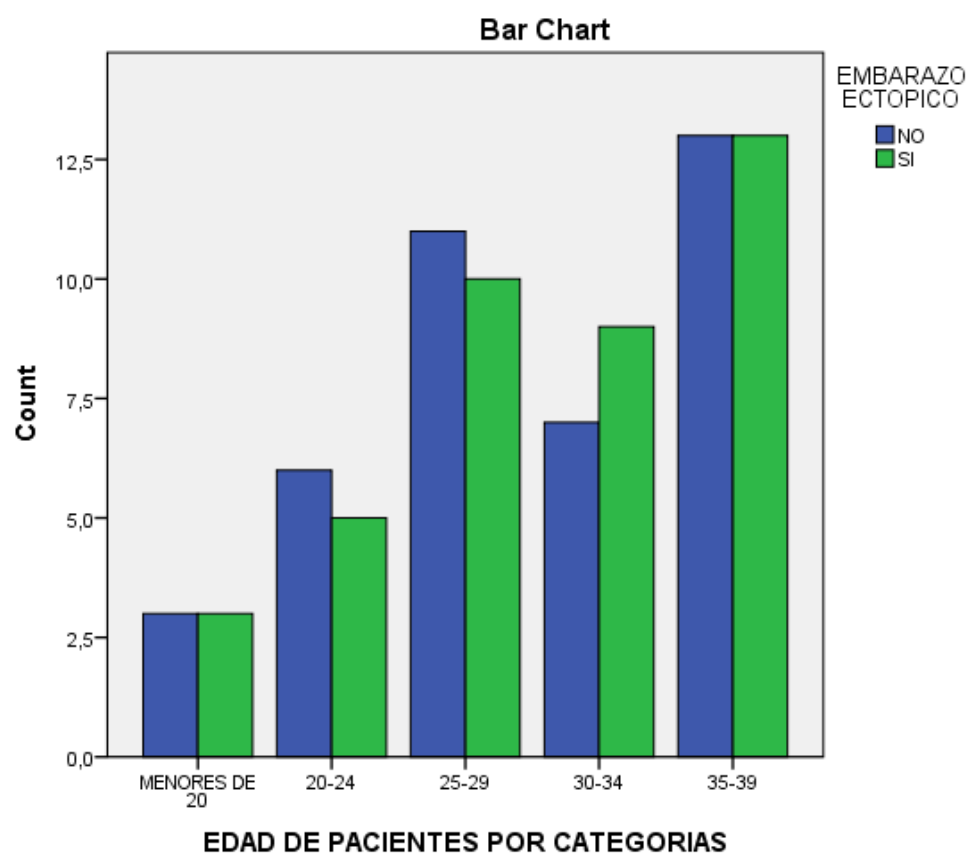


Figura 3. Histograma de edades de pacientes controles. Hospital Nacional PNP. "Luis N. Saenz" Enero-Diciembre del 2013



**Figura 4. Distribución de la edad por grupos. Hospital Nacional PNP.
"Luis N. Saenz" Enero-Diciembre del 2013**

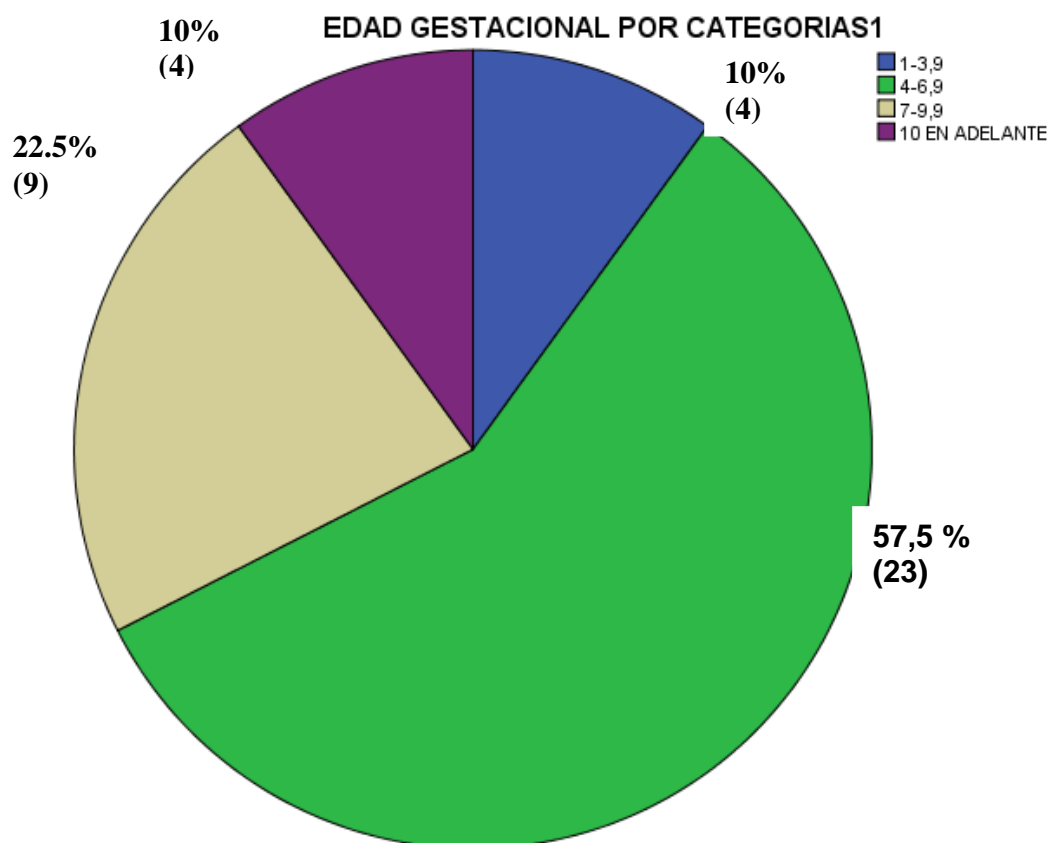


Figura 6. Distribución del tiempo de amenorrea en pacientes con embarazo ectópico. Hospital Nacional PNP. "Luis N. Saenz" Enero-Diciembre del 2013

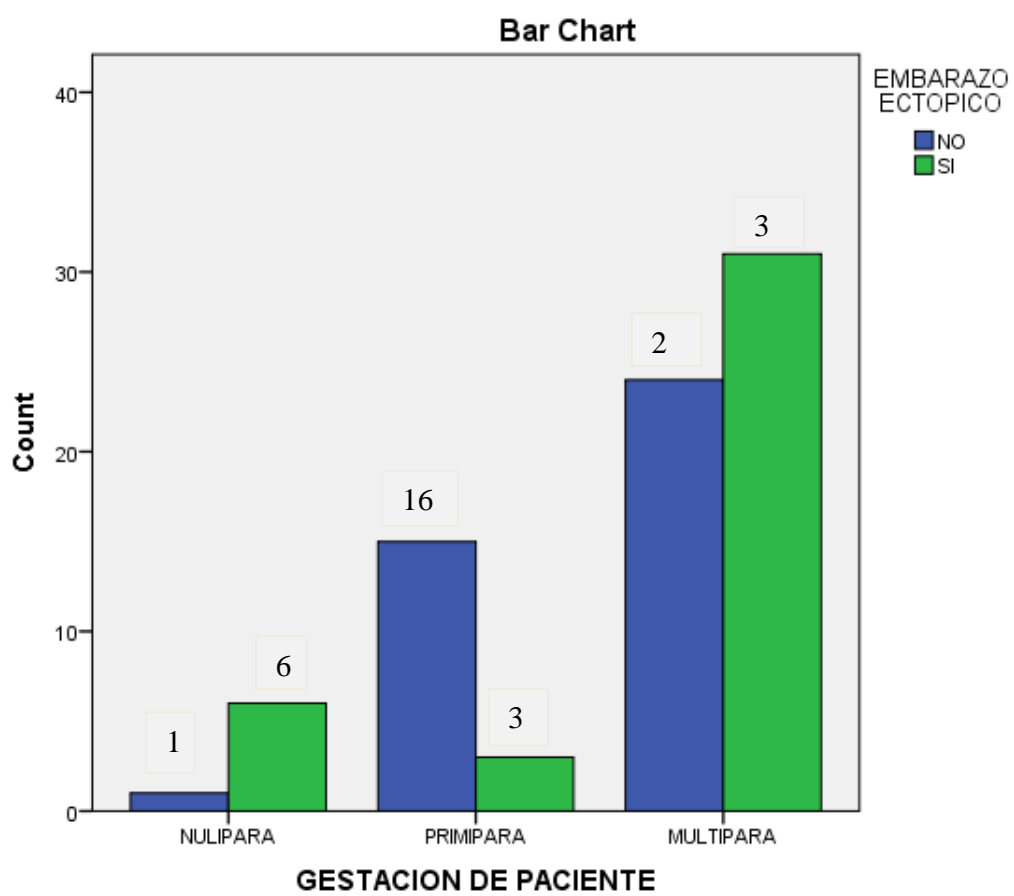


Figura 5. Distribución del número de gestas por grupo de estudio. Hospital Nacional PNP. "Luis N. Saenz" Enero-Diciembre del 2013

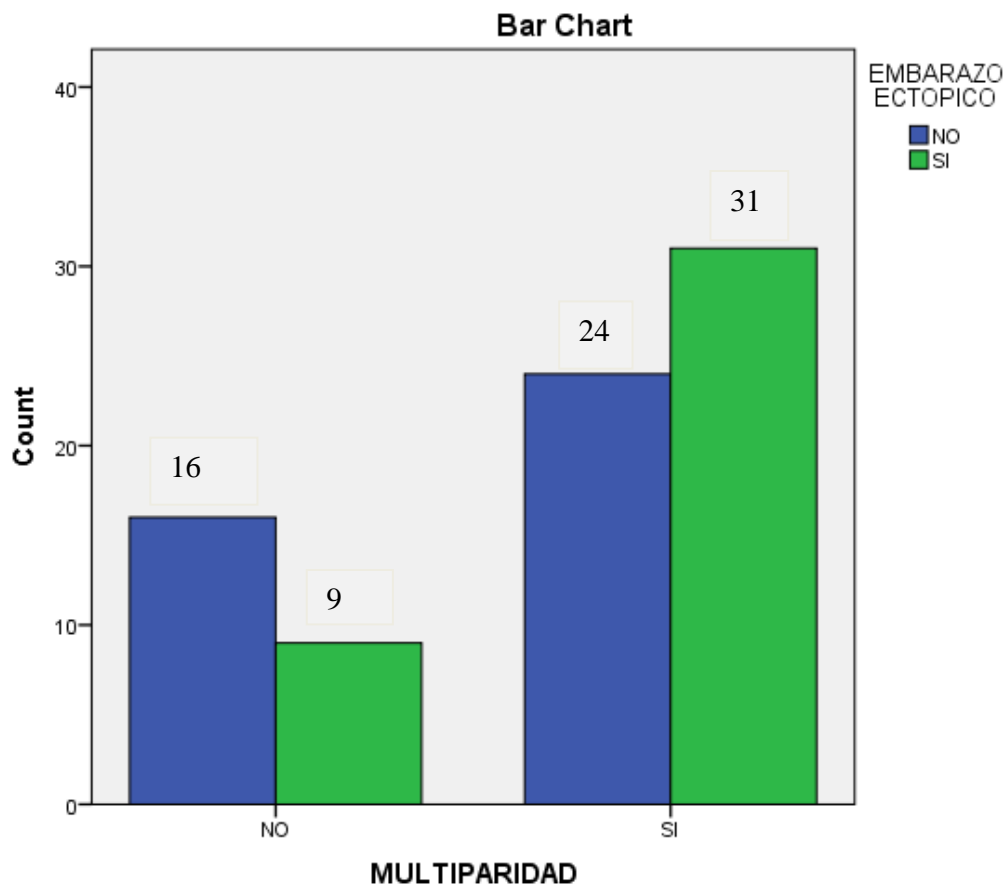


Figura 7. Distribución de la multiparidad por grupos de estudio. Hospital Nacional PNP. "Luis N. Saenz" Enero-Diciembre del 2013

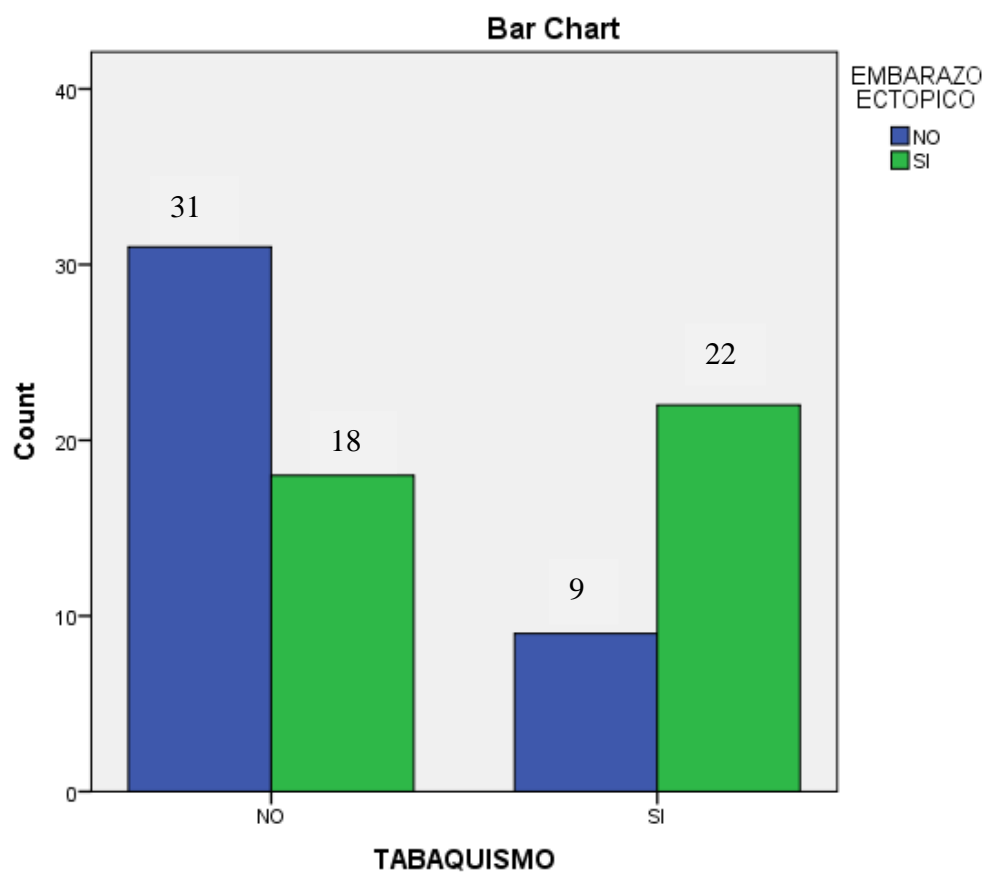


Figura 8. Distribución del tabaquismo por grupos de estudio. Hospital Nacional PNP. "Luis N. Saenz" Enero-Diciembre del 2013

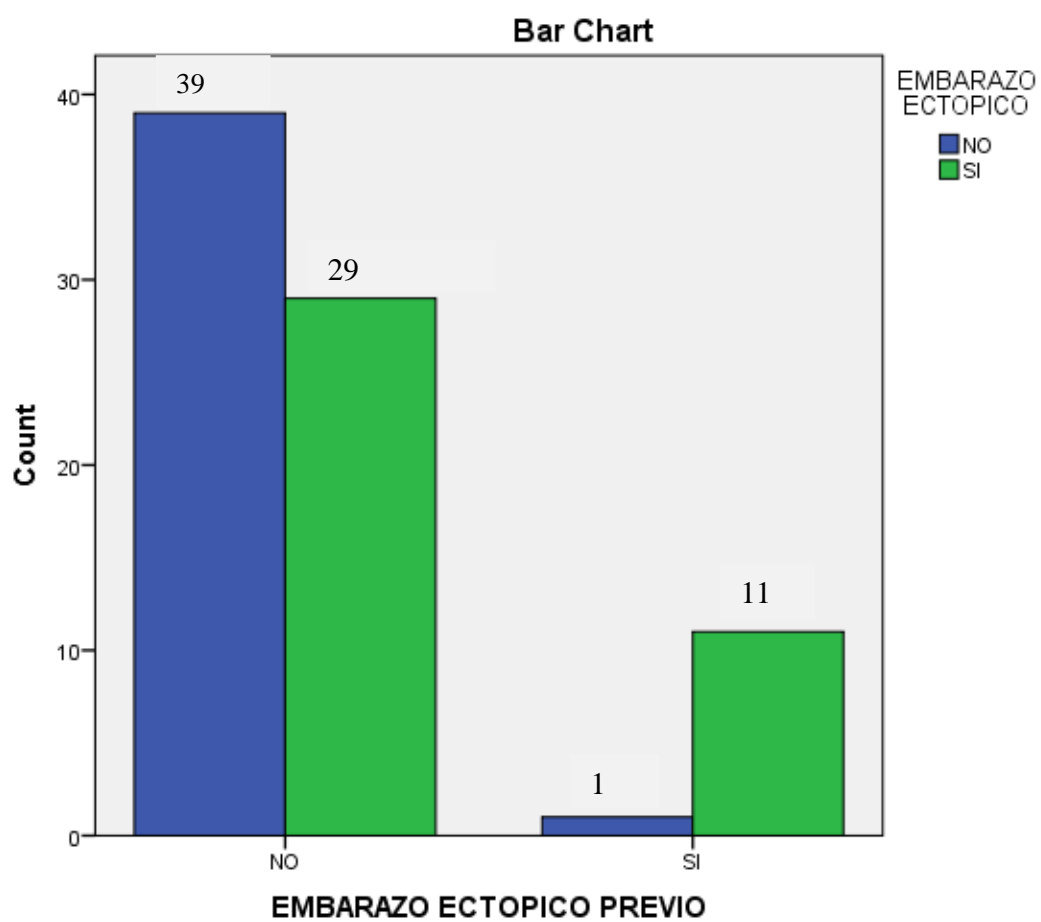


Figura 9. Distribución del antecedente de embarazo ectópico por grupos de estudio. Hospital Nacional PNP. "Luis N. Saenz" Enero-Diciembre del 2013

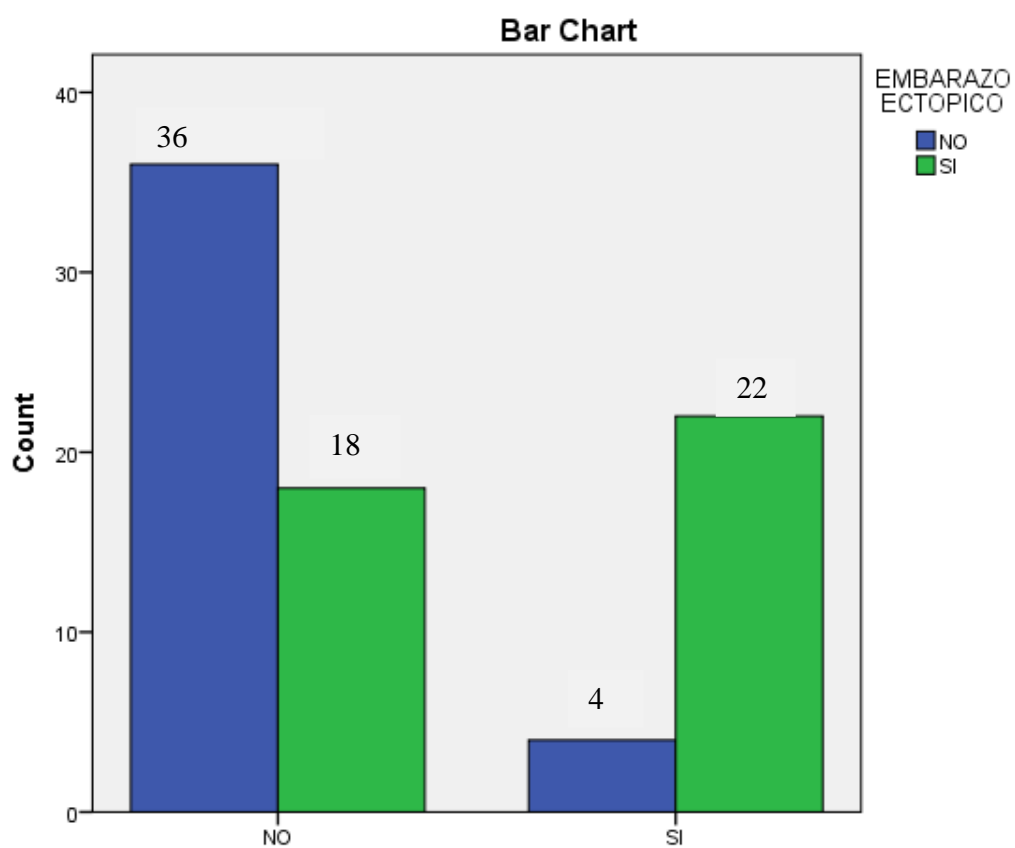
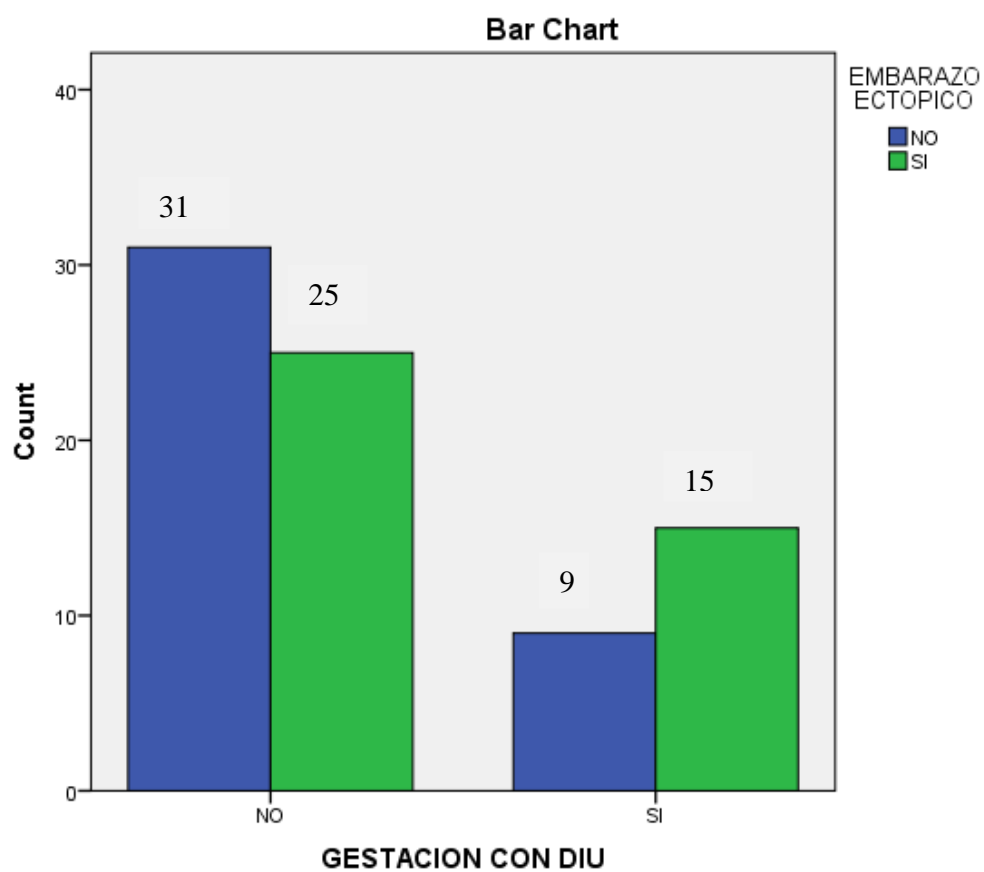


Figura 10. Distribución del antecedente de cirugía abdomin-pelvica por grupos de estudio. Hospital Nacional PNP. "Luis N. Saenz" Enero-Diciembre del 2013



**Figura 11. Distribución del antecedente de uso de DIU por grupos de estudio.
Hospital Nacional PNP. "Luis N. Saenz" Enero-Diciembre del 2013**

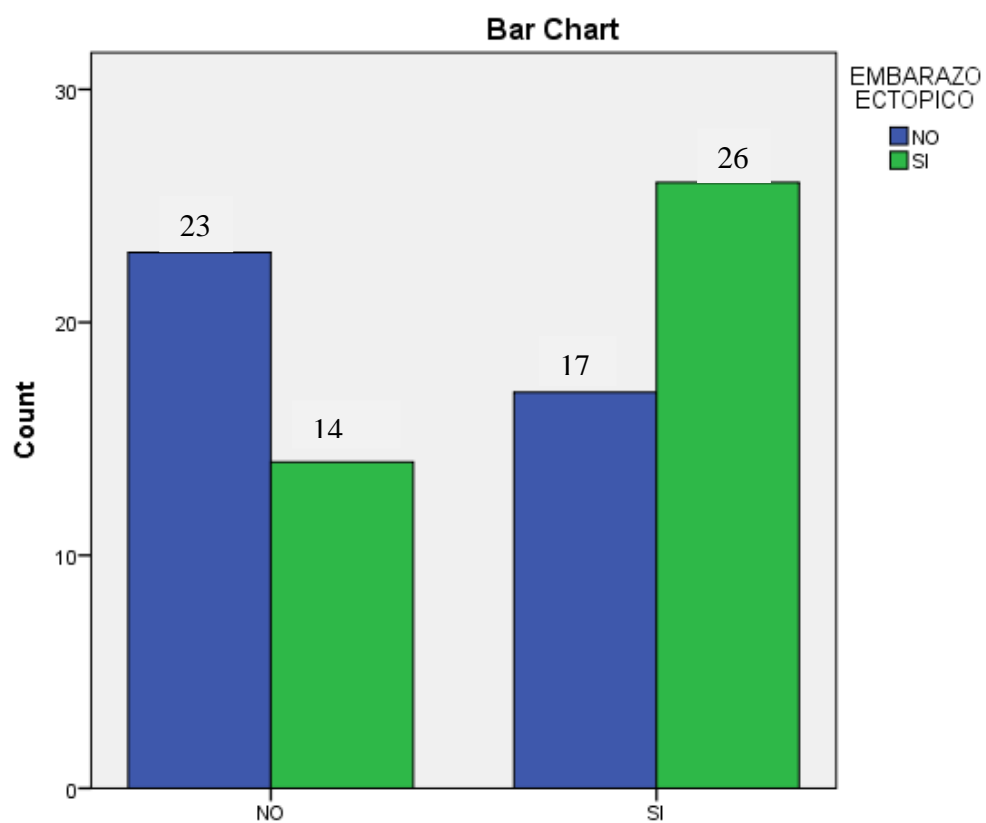


Figura 12. Distribución del antecedente de ITS por grupos de estudio. Hospital Nacional PNP. "Luis N. Saenz" Enero-Diciembre del 2013

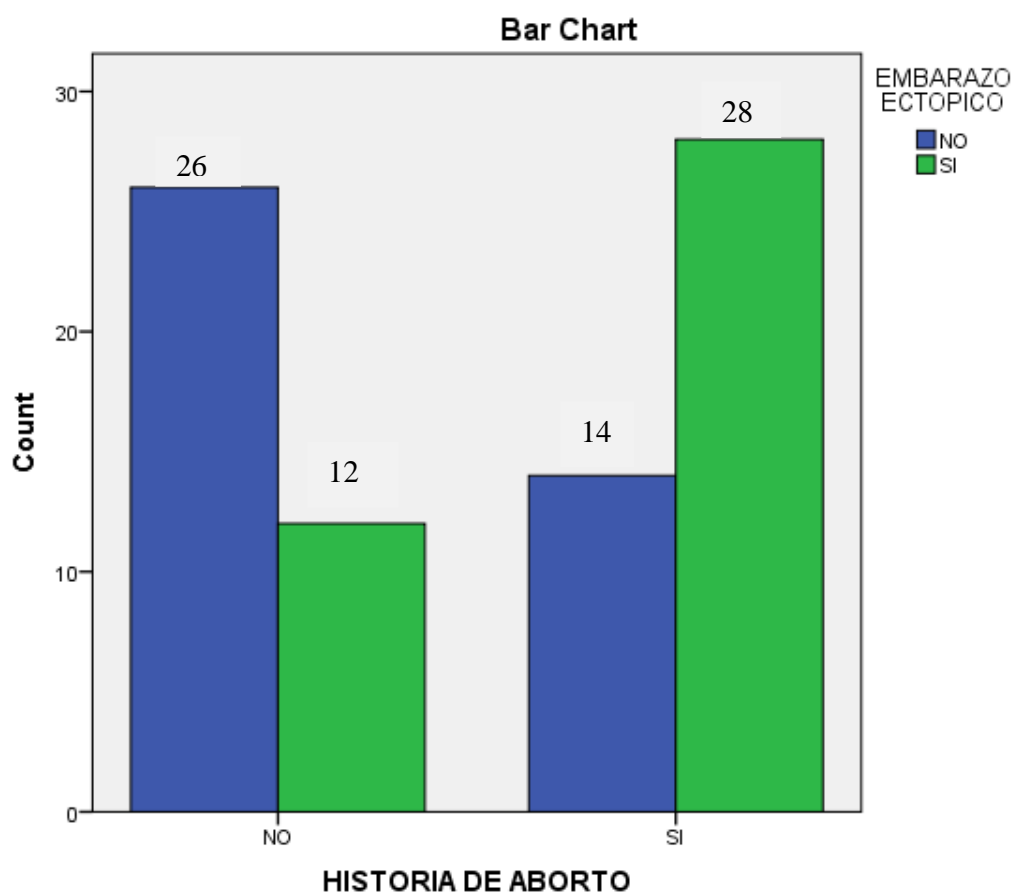


Figura 13. Distribución del antecedente de aborto espontaneo por grupos de estudio. Hospital Nacional PNP. "Luis N. Saenz" Enero-Diciembre del 2013